

# L'AMOEBOSE CÆCAL

A propos  
d'une observation personnelle  
et de 58 observations  
tirées de la littérature de langue française

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*et soutenue publiquement le 8 Décembre 1965*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Phokham PHRASITHIDETH**

*Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire*

Né le 15 Août 1939, à SAKHUN-TAY (LAOS)



LYON

Imprimerie BOSC Frères  
42, quai Gailleton, 42

—  
1965



# L'AMŒBOME CÆCAL

A propos  
d'une observation personnelle  
et de 58 observations  
tirées de la littérature de langue française

## THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

*et soutenue publiquement le 8 Décembre 1965*

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Phokham PHRASITHIDETH**

*Ancien Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire*

Né le 15 Août 1939, à SAKHUN-TAY (LAOS)



LYON

Imprimerie BOSC Frères  
42, quai Gailleton, 42

—  
1965

# FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

## PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyens Honoraires ..... M. J. LEPINE, Membre de l'Institut.  
 Doyen ..... M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut.  
 Assesseurs ..... M. J.-F. CIER.  
 MM. M. LEVRAT et L. REVOL.

Professeurs Honoraires : MM. PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET, POLLOSSON WERTHEIMER.

## PROFESSEURS

|                                                                |                              |                                                                  |                |
|----------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------|
| Clinique urologique ....                                       | MM. CIBERT.                  | Pathologie générale et expérimentale .....                       | GIRARD Paul.   |
| Physique biologique .....                                      | PONTHUS<br>(dét. à Beyrout). | Anatomie .....                                                   | LATARJET.      |
| Clinique neuro-psychiatrique et hygiène mentale                | DECHAUME.                    | Pathologie chirurgicale ..                                       | PEYCELON.      |
| Chimie organique et toxicologie .....                          | CHAMBON.                     | Clinique médicale D ....                                         | GIRARD Marcel  |
| Clinique médicale B ....                                       | PAUPERT-RAVAULT.             | Pathologie médicale ....                                         | VACHON.        |
| Clinique et prophylaxie cardio-vasculaires ....                | FROMENT                      | Physio-pathologie des voies respiratoires .....                  | GALY.          |
| Clinique médicale C ....                                       | CROIZAT.                     | Radiologie .....                                                 | PAPILLON.      |
| Clinique biologique et médicale .....                          | X...                         | Clinique médicale infantile et hygiène du 1 <sup>er</sup> âge .  | JEUNE.         |
| Clinique chirurgicale A ..                                     | MALLET-GUY.                  | Thérapeutique .....                                              | GONIN.         |
| Pharmacie galénique ....                                       | REVOL.                       | Bactériologie .....                                              | MONNET.        |
| Clinique obstétricale ....                                     | PIGEAUD.                     | Physiologie et pathologie obstétricales .....                    | BANSSILLON.    |
| Médecine du travail ....                                       | BOURRET.                     | Physiologie B .....                                              | CHATONNET.     |
| Clinique médicale A ....                                       | LEVRAT.                      | Clinique endocrinologique .                                      | GUINET.        |
| Hygiène et action sanitaire et sociale .....                   | SOHIER.                      | Clinique de chirurgie orthopédique .....                         | TRILLAT        |
| Botanique et cryptogamie .                                     | NETIEN.                      | Clinique stomatologique .                                        | FREIDEL.       |
| Clinique chirurgicale C ..                                     | BERTRAND.                    | Clinique de chirurgie et d'orthopédie infantiles .               | MARION         |
| Chimie analytique pharmacéutique .....                         | BADINAND.                    | Matière médicale et législation pharmaceutique .                 | Joseph         |
| Pharmacie chimique et pharmacologie .....                      | DREVON.                      | Histologie et embryologie .                                      | DORCHE.        |
| Médecine légale et déontologie .....                           | ROCHE.                       | Chimie .....                                                     | DUMONT Louis   |
| Parasitologie et pathologie exotique .....                     | COUDERT.                     | Physiologie A .....                                              | PERROT.        |
| Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phoniologie ..... | MOUNIER-KUHN.                | Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire .             | CIER J.-F.     |
| Clinique ophtalmologique .                                     | PAUFIQUE.                    | Clinique de chirurgie cardiaque .....                            | PERRIN J.      |
| Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie ..... | THIERS.                      | Clinique médicale infantile                                      | MICHAUD Pierre |
| Clinique de pneumo-phthisiologie .....                         | BRUN.                        | Clinique gynécologique ..                                        | X...           |
| Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique .....    | MM. CREYSSSEL.               | Biologie médicale et pharmacodynamie .....                       | MATHIEU.       |
| Clinique carcinologique ..                                     | DARGENT.                     | Clinique des maladies infectieuses .....                         | FAUCON.        |
| Anatomie pathologique ..                                       | GUICHARD.                    | Biochimie appliquée ....                                         | BERTOYE.       |
|                                                                |                              | Pharmacodynamie .....                                            | VINCENT D.     |
|                                                                |                              | Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale ..... | CIER A.        |
|                                                                |                              | Chimie biologique et médicale .....                              | X...           |
|                                                                |                              | Clinique médicale infantile                                      | X...           |
|                                                                |                              | Clinique chirurgicale B ..                                       | X...           |

## PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

|                                                  |               |
|--------------------------------------------------|---------------|
| Physique nucléaire appliquée à la médecine ..... | MM. BERGER.   |
| Neuro-chirurgie ..                               | MANSUY.       |
| Chimie générale et pharmaceutique .....          | COLLET.       |
| Hygiène et climatologie .....                    | LACROIX.      |
| Clinique chirurgicale propédeutique .....        | LIARAS.       |
| Neuro-chirurgie ..                               | LECUIRE.      |
| Médecine générale .....                          | REVOL.        |
| Thérapeutique chirurgicale .....                 | GOINARD.      |
| Médecine générale .....                          | PONT Maurice. |
| Pathologie métabolique et rénale .....           | TRAEGER.      |

## PROFESSEURS SANS CHAIRE

|                                |              |
|--------------------------------|--------------|
| Parasitologie .....            | MM. ROMAN.   |
| Anatomie pathologique .....    | FEROLDI.     |
| Physique biologique .....      | MORET.       |
| Botanique et cryptogamie ..... | ODDOUX.      |
| Chimie analytique .....        | de SOLLIERS. |
| Médecine générale .....        | DESPIERRES.  |
| Médecine du travail .....      | TOLOT.       |
| Parasitologie .....            | GARIN.       |
| Hygiène .....                  | THIVOLET.    |

## MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

|                                 |                    |                                 |              |
|---------------------------------|--------------------|---------------------------------|--------------|
| Chimie biologique .....         | MM. CREYSEL Roger. | Médecine générale .....         | MM. LAMBERT. |
| Electro-radiologie .....        | PINET.             | Médecine générale .....         | FRIES.       |
| Neuro-psychiatrie .....         | GUYOTAT.           | Pédiatrie .....                 | GILLY.       |
| Chirurgie générale .....        | DESCOTES.          | Médecine générale .....         | ROBERT.      |
| Pathologie expérimentale .....  | JOUVET.            | Anatomie .....                  | BOUCHET.     |
| Physique biologique .....       | PEYRIN.            | Pédiatrie .....                 | BETHENOD.    |
| Anatomie pathologique .....     | TOMMASI.           | Immunologie, sérologie, hé-     |              |
| Electro-radiologie .....        | BUFFARD.           | matologie .....                 | GERMAIN.     |
| Médecine générale et thé-       |                    | Pédiatrie .....                 | LARBRE.      |
| rapeutique .....                | LEJEUNE.           | Chirurgie générale .....        | SOUSTELLE.   |
| Stomatologie .....              | de MOURGUES F.     | Médecine générale .....         | VIALA.       |
| Maladies infectieuses .....     | NAUSSAC.           | Bactériologie, parasitologie,   |              |
| Chirurgie générale .....        | REBOUILLAT.        | virologie .....                 | VINCENT.     |
| Pédiatrie .....                 | ROMAGNY.           | Histologie et embryologie ..... | GIROD.       |
| Médecine générale .....         | DELAHAYE.          | Chimie biologique .....         | GRAS.        |
| Anesthésiologie .....           | DELEUZE.           | Chimie analytique .....         | MALLEIN.     |
| Electro-radiologie diagnostic   |                    | Chirurgie générale .....        | MARET.       |
| et thérapeutique .....          | GIRAUD.            |                                 | VIALLIER-    |
| Anesthésiologie .....           | MICHEL.            | Bactériologie .....             | RAYNAUD.     |
| Pédiatrie et puériculture ..... | FRANÇOIS.          | Pneumo-phtisiologie .....       | KALB.        |
| Chirurgie générale .....        | MICHOULIER.        | Médecine légale .....           | COLIN.       |
| Dermatologie .....              | COLOMB.            | Chimie biologique .....         | BERTRAND.    |

## MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

|                   |                  |                           |             |
|-------------------|------------------|---------------------------|-------------|
| Hématologie ..... | MM. FAVRE-GILLY. | Pharmacie galénique ..... | MM. ROLLET. |
| Hygiène .....     | RIFFAT.          | Bactériologie .....       | FLEURETTE.  |
| Physiologie ..... | FLANDROIS.       |                           |             |

## AGREGES EN EXERCICE

|                          |                    |                                |               |
|--------------------------|--------------------|--------------------------------|---------------|
| Chirurgie générale ..... | MM. MARION Pierre. | Orthopédie .....               | MM. FAYSSE.   |
| Ophthalmologie .....     | BONAMOUR.          | Oto-rhino-laryngologie .....   | GAILLARD.     |
| Chirurgie générale ..... | de MOURGUES        | Médecine générale .....        | GARDE.        |
|                          | Georges.           | Ophthalmologie .....           | HUGONNIER.    |
| Médecine générale .....  | DEVIC.             | Médecine générale .....        | MORNEX.       |
| Obstétrique .....        | DUMONT             | Gynécologie obstétricale ..... | NOTTER.       |
|                          | Martial.           | Médecine générale .....        | NORMAND.      |
| Urologie .....           | DURAND.            | Médecine générale .....        | PERRIN André. |
| Chirurgie générale ..... | FRANCILLON.        | Stomatologie .....             | DUMAS.        |
| Chirurgie générale ..... | SAUBIER.           | Obstétrique .....              | GARMIER.      |
| Neuro-psychiatrie .....  | SCHOTT.            | Médecine générale .....        | NOEL.         |
| Neuro-chirurgie .....    | ALLEGRE.           | Orthopédie .....               | SCHNEPP.      |
| Electro-radiologie ..... | CHASSARD.          | Chirurgie générale .....       | MOUNIER-KUHN  |
|                          |                    |                                | Alain.        |

## EXAMINATEURS DE LA THESE

*Président* : M. BERTOYE ; *Assesseurs* : MM. GARIN,  
CHASSARD, NOEL et FÉLIX.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41552628\\_0061](https://archive.org/details/IA41552628_0061)

## A MON PERE

## A MA MERE

L'espoir de les retrouver après de longues années de séparation inspira ce travail.

Mon amour pour eux est un élan d'enthousiasme. Pendant sept ans, au sein de mes difficiles études médicales, j'ai admiré leur courage et leur fermeté. Leur affection m'a appris ce qu'était aimer, leur courage ce qu'était combattre.

## A MES FRERES ET MES SŒURS

## A MON ONCLE ET MA TANTE

## M. et M<sup>me</sup> NHOK SENG TIAN THR

Ma dette matérielle et morale envers eux est immense.

Bien humble témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon immense affection.

## A TOUS LES MIENS

## A LA FAMILLE PALIN

Aucun mot ne saurait traduire la profondeur de mon affection.

## A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERTOYE

*Professeur de Clinique des Maladies Infectieuses*

Qui a bien voulu nous faire le très grand honneur d'accepter la présidence de notre Jury de Thèse.

La logique et la clarté de son enseignement de Bactériologie restent gravées dans notre mémoire.

Il nous a toujours marqué un bienveillant intérêt et nous a fait de précieuses suggestions à l'occasion de cette Thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde et respectueuse gratitude.

## A NOS JUGES

### A MONSIEUR LE PROFESSEUR GARIN

#### *Professeur de Parasitologie*

Nous savons tout ce que nous lui devons.

Il nous a inspiré ce travail et nous a, par ses précieux conseils, guidé pas à pas dans son élaboration.

Il nous a toujours accueilli dans une atmosphère de douce bienveillance, ne nous ménageant ni son temps, ni sa patience.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre respectueuse admiration et de notre plus vive reconnaissance.

### A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHASSARD

Pour l'amabilité de son accueil et l'insigne honneur qu'il nous a fait en acceptant de faire partie de notre Jury.

Nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer ici toute notre reconnaissance.

### A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ NOEL

Nous avons eu l'honneur de passer un semestre dans son Service au cours duquel nous avons été conquis par son affabilité et son remarquable sens clinique.

Nous le prions d'agréer notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE MÉDECIN LIEUTENANT-COLONEL FELIX

*Professeur Agrégé du Val-de-Grâce*

Il nous a encouragé à entreprendre cette Thèse pour laquelle il nous a fourni de précieux éléments.

Ayant eu le bonheur de passer un semestre dans son Service, nous avons aimé la concise clarté de son enseignement et sa profonde humanité.

Nous lui devons beaucoup ; qu'il sache toute l'admiration qu'il nous inspire.

A SA MAJESTE LE ROI DU LAOS

A SON ALTESSE LE PRESIDENT DU CONSEIL,

*Ministre de la Défense du Gouvernement Lao*

A MONSIEUR LE MÉDECIN-GÉNÉRAL-INSPECTEUR BORON

*Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire  
et de l'Hôpital Militaire d'Instruction des Genettes.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COLONEL GROSSETETE

*Bactériologiste des Hôpitaux des Armées,  
Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire d'Instruction Des Genettes.*

NOUS TENONS A REMERCIER :

MONSIEUR LE DOCTEUR NAUDIN

*à qui nous devons l'interprétation radiologique de  
cette Thèse. Nous avons toujours trouvé auprès  
de lui audience bienveillante et précieux conseils  
dont nous sommes très reconnaissant.*

MONSIEUR LE DOCTEUR HUMBERT

A TOUS CEUX QUI ONT CONTRIBUE A CE TRAVAIL

A NOS PROFESSEURS DE LA FACULTE

A NOS MAITRES DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES

A MONSIEUR LE MÉDECIN-LIEUTENANT-COLONEL ROUMAGOUX

*Spécialiste des Hôpitaux de l'Armée*

*Nous avons beaucoup admiré et aimé sa vitalité  
et la générosité de son cœur. Nous lui avons voué  
un profond attachement, nous oserons même dire  
une très respectueuse affection.*

A MM. LES MÉDECINS-CAPITAINES BADROUILLARD,  
LEGENDRE, DURAND, LACOSTE, MEDARD,

*Assistants des Hôpitaux de l'Armée*

A TOUT LE PERSONNEL DE LA CLINIQUE DES MALADIES  
INFECTIEUSES DE LA CLINIQUE CHIRURGICALE C  
(CROIX-ROUSSE) ET DES SERVICES DE MEDECINE  
ET DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE DE L'HOPITAL MILITAIRE  
D'INSTRUCTION DES GENETTES

A TOUS NOS CAMARADES DE L'ECOLE  
DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE

## INTRODUCTION

De nombreuses publications, tant dans la littérature étrangère que française, attirent l'attention sur certaines pseudo-tumeurs inflammatoires coliques appelées « *granulomes amibiens* » ou « *amibomes* » ou plus exactement « *amœbomes* », individualisées par Lasnier en 1918, prouvant que l'existence de ces tumeurs n'est pas si exceptionnelle qu'on ne l'avait cru tout d'abord.

Ce sont des manifestations rares de l'amibiase intestinale chronique qui se développent avec un délai variable allant de quelques mois à 15-20 ans après la primo-infestation.

Les *amœbomes* se rattachent au cadre des *granulomes inflammatoires* dont certains sont spécifiques (tuberculeux, mycosiques), d'autres non spécifiques (allergiques, lymphatiques) ; leur diagnostic étant souvent très difficile, voire impossible sans secours de la laparotomie.

Le problème essentiel est donc celui du diagnostic, en raison de l'efficacité du traitement spécifique éméтинien sur l'amœbome, et de la gravité exceptionnelle de l'acte opératoire et des suites post-opératoires, propre aux amibiens. Nombreux sont, par ailleurs, les cas où, chez l'amibien, on se trouve en présence d'un syndrome de « tumeur colique » qui évoque le problème des interrelations entre amibiase et néoplasie. *L'unité est d'ordre clinique — la constatation d'une tumeur — et la diversité est d'ordre anatomo-pathologique et pathogénique* (Sérafino, Nosny et Diouf). Et il est très difficile d'apporter la solution au problème.

Chez l'amibien, en dehors des lésions authentiquement amibiennes, il existe des lésions non spécifiques évolutives, éventuellement favorisées par l'amibiase. Par ailleurs, une tumeur initialement amibienne peut cesser de l'être et une tumeur non amibienne peut être colonisée par l'amibe. C'est dire l'extrême difficulté du diagnostic et de l'intérêt, dans tous les cas, des *examens parasitologiques répétés*, de *l'essai du traitement éméтинien* et, si possible, de *la biopsie* qui permettent en général d'affirmer ou de réfuter le diagnostic.

C'est en raison de ces diverses considérations que nous avons jugé utile de faire ce travail. Notre but n'est pas de reprendre ici l'exposé complet des diverses localisations de l'amœbome, tant de fois répété dans de nombreuses et excellentes thèses ou revues générales françaises et étrangères. *Mais nous voudrions illustrer, par une observation personnelle et par 58 observations recueillies uniquement dans la littérature de langue française, la forme cœcale de l'amœbome.* Fréquente, intéressante et complexe, elle est inaccessible à l'endoscopie, ce qui augmente la difficulté puisqu'à son niveau différentes étiologies se partagent la responsabilité des tumeurs.

*L'observation* que nous avons l'honneur de publier dans ce travail nous a été confiée par M. le Professeur J.-P. Garin, collaborateur de M. le Professeur A. Bertoye, Chef de Service de la Clinique des Maladies Infectieuses à l'Hôpital de la Croix-Rousse (Lyon).

*Les comptes rendus radiologiques* qui prennent une place importante dans notre observation, sont dus à M. le Docteur Naudin, Chef du Service de Radiologie de cet hôpital.

*Quant aux comptes rendus opératoires et post-opératoires*, ils émanent de la Clinique Chirurgicale C dirigée par M. le Professeur P. Bertrand.

## CHAPITRE PREMIER

### HISTORIQUE

Nous allons passer brièvement en revue les principales étapes de l'histoire des tuméfactions coliques d'origine amibienne en général, observées dans la littérature mondiale.

Pour la clarté de l'exposé, nous distinguerons ce que nous avons trouvé :

- dans la littérature française,
- puis, dans la littérature étrangère.

#### **I La littérature française.**

Ce sont Degorce et Mouzels, les premiers, en Indochine, à avoir présenté en 1912 une pièce opératoire de tumeur inflammatoire colique qu'ils croyaient d'origine néoplasique, mais se rapportant à l'origine amibienne.

Mais il a fallu attendre une douzaine d'années pour avoir en 1924, toujours en Indochine (Saïgon), 10 cas publiés par Montel (M. L.) en collaboration avec Tran Van An et Dan Van Cuong, sous le titre « d'adénopathies iliaques primitives » de la fosse iliaque droite observées chez les Vietnamiens, et un autre cas avec Montel (G. H.) chez un Européen, tous palpables et justiciables d'Emétine.

Desjardins en 1929 attire l'attention sur les formes pseudo-cancéreuses de l'amibiase chronique ; il signale le caractère variable de la tumeur dans le temps comme caractéristique de la nature amibienne, et propose d'appeler la forme colique de l'amibiase « la maladie de Ravaut ».

La possibilité de dégénérescence maligne a été signalée par Letulle, Brun et Masselot en 1921. En 1927, Roux et Savignac soulèvent le problème devant la Société de Gastro-entérologie de Paris par la communication de 3 cas personnels d'association d'amibiase et de cancer vérifiés par l'intervention. A l'appui de ce concept, Cain, à la même séance, relate 2 cas de faits semblables recueillis avec Bensaude. Puis les observations de même ordre furent successivement publiées : Desjardins (2 cas en 1929), Rachet (1 cas en 1932), Huard (2 cas en 1937), Moutier et Brousse (2 cas en 1938), Girault et Mariani (1 cas en 1938), Cade et Milhaud (2 cas en 1939), Santy et Morenas (1 cas en 1939), Bablet et Sice (1 cas en 1940), Huguenin et Bourgeon (1 cas en 1952), Dissard (1 cas en 1954), Carayon et Tournier-Lasserve (1 cas en 1962), Sérafino, Nosny et Diouf (1 cas en 1963).

En 1934, Diez dans sa thèse rapporte un cas d'invagination iléo-cæcale par amœbome et un cas rare d'amœbome des dernières anses iléales de découvertes chirurgicales.

Un an plus tard, Augé et Viennot-Bourgin communiquent à la Société de Gastro-entérologie une note sur la forme pseudo-tuberculeuse de la colite amibienne, signalée pour la première fois par Lasnier en 1918 en Uruguay.

En 1936, Speder, au Maroc, fait une étude radiologique très importante et signale les lésions segmentaires de l'intestin comme caractéristiques de l'amibiase.

En 1937, Huard fait la distinction entre les tumeurs amibiennes avec présence d'amibes dans les coupes histologiques et les tumeurs inflammatoires chez les amibiens. Dans le premier cas, selon cet auteur, le traitement médical seul peut suffire, alors que dans le second le traitement chirurgical est indispensable.

En 1939, Santy et Morenas soulèvent de nouveau le problème de possibilité de dégénérescence maligne des lésions amibiennes en rapportant à la Société de Chirurgie de Lyon 2 cas de dysenterie amibienne dont l'un porte une tumeur inflammatoire et l'autre l'épithélioma.

L'année suivante, Bablet et Sice observent un fait identique d'association qu'ils considèrent comme une simple coïncidence, vu la rareté des lésions malignes dans les pays tropicaux où toute la population est atteinte de parasitoses, en particulier d'amibiase.

En 1941, Chaton rapporte une observation de pseudo-tumeur amibienne simulant une tuberculose cæcale hypertrophique.

En 1947, Habibi, à Téhéran, étudie les relations entre les processus tumoraux, pseudo-tumoraux et l'amibiase, et arrive à la conclusion que la coexistence des lésions amibiennes et cancéreuses n'est simplement fortuite et non une relation de cause à effet.

En 1949, Montel (M. L.) fait le tour de la question et reconnaît les « adénopathies iliaques » publiées en 1924 comme tumeurs cæcales d'origine amibienne, grâce aux moyens d'investigation nouveaux, en particulier le lavement baryté.

Blanc et Siguier, l'année suivante, font une étude clinique et thérapeutique complète de l'amibiase et signalent la rareté de l'amœbome, puisqu'ils ont rencontré seulement 3 cas sur 2 000 amibiens soignés à Saïgon.

En 1954, Vachon, dans la thèse de Dissard, fait une étude anatomo-clinique intéressante de l'amœbome.

Depuis les dernières années, les publications se sont multipliées et, sans doute, les formes pseudo-tumorales de l'amibiase sont mieux connues.

Carayon et Tournier-Lasserre rapportent, en 1962, dans la thèse de leur élève Guessennd, un nombre massif d'observations d'amœbome, les formes simples ou compliquées d'occlusion et de perforation.

Parmi les travaux récents nous citons encore :

— thèse de : Vigneron (1946), Vossoughi (1946), Gorrichon (1947), Riet (1950), Nicolas (1953), M<sup>me</sup> Lugagne (1955), Brenaut (1961), Marsy (1962), Emery (1962), Cosen (1963), Jolly (1963) ;

— travaux de : Vachon et Dissard (1955), Patel, Viguié et Lataste (1956), Moretti, Benelli et Staeffen (1956), Parodi (1958), Félix et ses collaborateurs (1960-1962), Delahaye, Jolly, Laaban et Boursiquot (1963), Sérafino, Nosny et Diouf (1963).

## II La littérature étrangère.

La première observation en date, prise pour une tuberculose de siège cæcal, est due à Ricaldoni et Berta, en 1916, en Uruguay, donc quatre ans après la première observation de Degorce et Mouzels, et huit ans avant les observations de Montel. Elle fut bientôt suivie de celle de Gaminara, en 1918, sur le côlon transverse.

En 1918, Lasnier, à Montévidéo, publie la première description anatomo-clinique sur deux cas de tumeur, l'une du cæcum (observation clinique de Ricaldoni et Berta), l'autre du côlon transverse (observation clinique de Gaminara).

En son honneur, la Société d'Anatomie Pathologique de cette ville, au Congrès de 1939, propose de définir dans le cadre anatomo-clinique, l'amibiase à forme tumorale comme la « tumeur inflammatoire de Lasnier ».

Le deuxième cas de localisation cæcale est présenté par Vaccarezza et Finochetto en 1925.

La même année, James et Deeks signalent les pseudo-tumeurs amibiennes de la fosse iliaque droite avec adénopathies mésentériques tandis que Vallarino fait une étude radiologique de l'amibiase, étude reprise ultérieurement par Golden et Ducharme (1945), Druckmann et Schorr (1952).

En 1931, Gunn et Howard relatent trois observations de pseudo-tumeurs de la fosse iliaque droite, dont deux d'entre elles furent diagnostiquées carcinomes et opérées, sur lesquelles ils font une étude anatomo-clinique assez complète.

En 1935, Flavio et Nino publient un cas complètement étudié des tumeurs amibiennes du cæcum et du côlon ascendant.

En 1936, Reed et Anderson rapportent quatre cas de coexistence de l'amibiase et du cancer et incriminent l'irritation chronique et la production des adénomes bénins et des polypes dans la transformation maligne des lésions amibiennes.

Yeomans, la même année, puis Ochsner et De Bakey en 1942, insistent sur les dangers post-opératoires chez l'amibien et, pour les éviter, conseillent le traitement anti-amibien à la fois avant et après tout acte chirurgical.

En 1942, Ochsner et De Bakey proposent le néologisme « *amœbome* » pour désigner les néoformations amibiennes, y compris les polypes de caractère macroscopique différent.

En 1946, Reddy et Rangam font une étude anatomo-clinique sur six cas d'amœbome traités par colectomie, parmi lesquels cinq étaient compliqués d'invagination.

Enfin de nombreuses observations se rapportent à ces tumeurs : Cropper (1946), Smyth (1946), Morgan (1946), Marsden (1947), Silverman et Leslie (1947), Ferrara (1960).

## CHAPITRE II

### OBSERVATIONS

Nous commencerons par exposer d'une façon aussi complète que possible notre observation personnelle. Afin d'éviter de surcharger l'esprit, les 58 autres observations, de la littérature française, qui forment avec la nôtre des documents de base de ce travail, sont publiées dans l'ordre chronologique, sous forme de tableaux ne contenant que les renseignements principaux.

#### Notre observation

Observation N° 22 627, Clinique des Maladies Infectieuses  
(Professeur BERTOYE), Hôpital de la Croix-Rousse.

#### RÉSUMÉ.

Malade de 45 ans, *n'ayant jamais quitté la France*, ayant présenté depuis 1960 des épisodes douloureux abdominaux accompagnés de poussées fébriles à 40°, dans les antécédents duquel on relève en Septembre 1963 *un abcès du foie* considéré comme *amibien* en raison d'une contamination *conjugale* possible, présente à nouveau en Janvier 64 *un épisode fébrile de type septicémique avec arthralgies et douleurs abdominales*.

L'examen clinique est pauvre et ce n'est que le *lavement baryté* qui permet de porter le diagnostic d'amibiase cæcale et d'instituer un nouveau traitement *émétinien* qui assure de nouveau la guérison clinique du malade.

Cependant la persistance d'images anormales au niveau du cæcum pousse à l'intervention chirurgicale. Celle-ci ne montre aucune anomalie macroscopique du cæcum, ni du côlon ascendant et transverse. Après des suites opératoires troublées, le malade reprend une activité presque normale, l'image radiologique cæcale anormale persistant.

M.... G..., âgé de 45 ans, en bonne santé habituelle, *ayant toujours séjourné en France*, présente depuis 3 ans des épisodes douloureux abdominaux, sans topographie précise à type de *coliques* évoluant par *crises paroxystiques* sur fond continu, accompagnées de température, d'arthralgies surtout localisées aux membres supérieurs, sans vomissements ni modification de transit.

### Histoire de la maladie.

#### LA PREMIÈRE POUSSÉE REMONTE EN NOVEMBRE 1960.

Ce malade est hospitalisé au Pavillon N *bis* (Professeur Guichard) où a été découvert par ponction un *abcès sous-phrénique* droit, guéri rapidement et uniquement par l'antibiothérapie, sans Emétine.

EN DÉCEMBRE DE LA MÊME ANNÉE, réapparaît une nouvelle poussée qui motive une *appendicectomie* au pavillon F (Professeur Peycelon) : appendice retro-cæcal mais d'aspect normal.

PENDANT LES ANNÉES 1961-1962, aucun trouble notable.

EN AOUT 1963, récurrence des troubles identiques aux précédents qui régresse sous le traitement prolongé par antibiotiques (pénicilline) à l'Hôpital Saint-Luc.

EN SEPTEMBRE 1963, soit un mois plus tard, une nouvelle rechute nécessite une hospitalisation au pavillon D (Professeur Desjacques) où est porté le diagnostic d'*abcès amibien du foie*. Le traitement à l'*Emétine* (12 injections de 0,04 g) entraîne une défervescence rapide de l'ensemble de la symptomatologie.

On apprend alors à l'interrogatoire que sa femme a été soignée pendant 3 ans pour *dysenterie amibienne* contractée lors de son séjour en Indochine en 1950.

EN OCTOBRE 1963, une autre récurrence, guérie rapidement avec la reprise de l'*Emétine* (11 injections de 0,04 g). Le malade est suivi par le Professeur Coudert.

EN JANVIER 1964, le malade est adressé par le Docteur Levine pour un état fébrile. Il se présente avec *de grands accès fébriles* à 39,5 ° - 40° d'aspect *pseudo-palustre* avec sueurs et frissons, accompagnés d'*arthralgies* au niveau des épaules, de *quelques douleurs abdominales*, sans diarrhée, ni vomissements.

L'atteinte de l'état général est évidente, amaigrissement de 15 kgs depuis 6 mois, teint terreux. Cet état fébrile évoque, à priori, un état

septicémique, mais comme ces poussées fébriles réapparaissent à intervalles réguliers depuis quelques années, on envisage une maladie périodique, une maladie de Wissler-Fanconi ou un rhumatisme infectieux à point de départ intestinal.

L'étiologie amibienne n'est pas immédiatement retenue, le malade venant de recevoir dans les mois précédents deux cures d'Emétine.

Un certain nombre d'examens de routine sont demandés, et, bien que la palpation de l'abdomen ne révèle aucune masse anormale, mais une *légère défense* de la fosse iliaque droite, qu'il n'existe pas d'autres troubles digestifs, la rate étant de taille normale, mais le *foie légèrement hypertrophique*, perceptible à bout de doigts (non douloureux à l'ébranlement), on fait pratiquer un lavement baryté et un transit intestinal qui apportent la clé du diagnostic.

#### EXAMENS COMPLÉMENTAIRES.

*Les hémogrammes* en série ont montré une hyperleucocytose qui s'est élevée jusqu'à 14 800 et qui est revenue à la normale après les cures émétiniennes, et une anémie qui est normalisée 9 mois après.

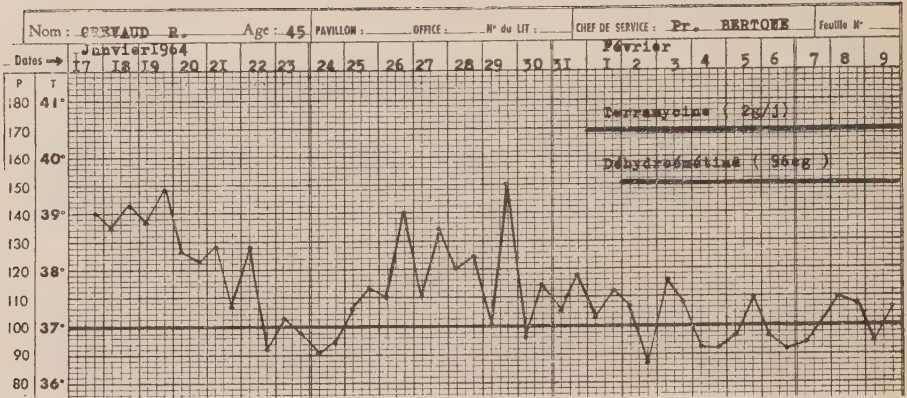
| DATE    | GR        | GB     | PN | PE | PB | L  | GL | MM | M  |
|---------|-----------|--------|----|----|----|----|----|----|----|
| 18-1-64 | 3 850 000 | 14 800 | 62 | 0  | 0  | 14 | 0  | 10 | 14 |
| 28-1-64 | 3 720 000 | 13 600 | 59 | 1  | 1  | 16 | 0  | 8  | 15 |
| 10-2-64 | 4 000 000 | 8 400  | 56 | 2  | 1  | 25 | 0  | 5  | 11 |
| 9-4-64  | 3 680 000 | 6 000  | 73 | 1  | 0  | 20 | 0  | 6  | 0  |
| 27-6-64 | 4 900 000 | 11 200 | 60 |    | 1  | 15 |    | 15 | 9  |
| 15-9-64 | 5 000 000 | 9 400  | 57 | 1  | 1  | 17 | 0  | 14 | 10 |

*Vitesse de sédimentation* : 50 % en période fébrile :

*La température* a un aspect pseudo-palustre atteignant jusqu'à 39,5° avec sueurs et frissons, mais qui tombe au troisième jour du traitement émétinien (cf. courbe thermique).

*Quatre examens de selles* ont été pratiqués mais n'ont pas pu mettre en évidence de parasites.

Par contre, la coproculture a permis de déceler la présence d'*Entamoeba Coli*.



Deux hémocultures en période fébrile (aérobies, anaérobies) sont restées stériles.

Séro-diagnostic :

Malte : négatif.

TAB : TH = 1/200

BH = 1/50

TO = O

BO = O

AH = O

CH = O

Protidémie :

Protides totaux ..... 63 g. p. 100

Sérine ..... 32 g.

Globuline ..... 31 g.

S/G ..... 1,03

Taux d'antistaphylolysine : 1,5 unités.

Taux d'anticorps streptococciques :

antistreptolysine ..... 80 unités

antihyaluronidase ..... 6. 8 unités T.R.U. par ml

antistreptokinase ..... normal

Taux d'anticorps pneumococciques :

antipneumolysine ..... normal

antihyaluronidase ..... normal

Electrophorèse sur papier :

albumine ..... 41 p. 100

$\alpha_1$  ..... 5

$\alpha_2$  ..... 21

$\beta$  ..... 18

$\gamma$  ..... 15

Dosage des corticoides urinaires demandé en raison de l'hypotension à 10,5/6.  
(méthode Norymberski-Appleyby).

|                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| corticoïdes cétogéniques C17 ..... | 12 mg/24 H |
| 17 cétostéroïdes .....             | 11 mg/24 H |

Bilirubine :

|               |           |
|---------------|-----------|
| directe ..... | 0         |
| totale .....  | 9,75 mg/l |

Prothrombine : 95 p. 100

Fibrinogène : 7,20 gr/l

Phosphatases : 5,4 UB

Sels et pigments biliaires : 0

Transaminases : GO ..... 23

GP ..... 14

Cholestérol : 2,02

Sérologie hépatique :

ML : < 1 unité

K : 1,3 unités

H : ++

Urines : normales ; pas de sucre ni d'albumine.

Deux rectoscopies pratiquées ont montré une muqueuse rigoureusement normale, sans aucun signe évocateur d'amibiase aiguë.

## L'ASPECT RADIOLOGIQUE (Docteur Naudin).

*Le lavement baryté du 24 janvier 1964 (fig. 1).*

Le fond cæcal est rigide et se présente comme un tronc de cône, un entonnoir renversé, de petite dimension. Les bords sont nets, assez réguliers. Cette image se modifie peu au cours de l'examen, cependant la palpation déforme un peu les contours.

La dernière anse grêle paraît peu altérée ; cependant, une image un peu dentelée du bord supérieur des derniers centimètres de l'iléon, et quelques petites lacunes claires dans la lumière de l'intestin, font penser à une hypertrophie des follicules clos.

La valvule iléo-cæcale traduit son épaississement et son induration par une lacune claire constante, déformant le bord interne du cæcum ou empiétant sur sa face antéro-interne.

Les déformations du cæcum ne sont pas des séquelles d'une appendicectomie réalisée trois ans auparavant.

En ce qui concerne le reste de l'intestin, on constate la présence d'une zone très limitée du côlon sigmoïde, où l'intestin présente des signes inflammatoires, avec imprégnation défectueuse et *contours légèrement spasmodiques* (fig. 2).

*Le transit du grêle du 31 janvier 1964* (fig. 3).

La fin du grêle est peu modifiée, le transit se fait dans les délais normaux. On retrouve le même aspect de petit sac aux parois rigides qu'avait déjà le cæcum avec le lavement baryté mais ici il apparaît, en plus, après une zone sus-cæcale de quelques centimètres de hauteur où l'intestin garde quelque souplesse, une *deuxième zone rigide*, canaliculaire, inextensible, ne gardant pas la baryte, et où le raccord avec l'intestin voisin de part et d'autre de cet étroit canal se fait une image de collerette d'invagination, réalisant une image hautement évocatrice de néoplasme. L'ensemble des deux lésions et de la partie saine intermédiaire réalise une image en « *croix pectorale* ».

Sur la foi de ces données et de *ses antécédents d'abcès hépatique amibien par contamination conjugale*, on pose le diagnostic d'*amœbome cæcal*, et l'on met le malade au traitement de la *Déhydroémétine* (12 injections de 0,08 g).

En coïncidence avec ce traitement les clochers fébriles pseudopalustres tombent dès le troisième jour en même temps que la courbe thermique se normalise. Parallèlement, les douleurs abdominales et articulaires disparaissent progressivement, l'état général s'améliore et la reprise de poids s'amorce.

*Le lavement baryté pratiqué le 19 février 1964, 20 jours après le début de la cure émétinienne* (fig. 4) confirme une *régression* indiscutable de la lésion cæcale : après un traitement à l'Emétine, une nouvelle série de films montre un cæcum toujours réduit de calibre, mais aux parois nettement plus souples, aux contours plus nets, ayant une meilleure tolérance à la baryte, avec légère distension de la fin du grêle.

On ne retrouve pas l'image de sténose du côlon ascendant, visible sur le transit digestif précédent.

Cette amélioration radiologique allant de pair avec la guérison clinique sous Emétine semble donc confirmer le diagnostic d'*amœbome cæcal*.

Le malade est sorti de l'hôpital avec un traitement d'entretien sous forme de cures successives de 10 jours de Humatin, Rhodiacarbine, Bémarsal.

*Le malade est revue en avril 1964 pour une deuxième cure d'Emétine.*

Il est en excellent état général, la reprise pondérale est de 4 kg, il n'y a aucun trouble fonctionnel digestif.

On fait pratiquer un contrôle radiologique le 20 avril 1964 après la deuxième cure de Déhydroémétine.

*Le nouveau transit du grêle (fig. 5) :*

Amélioration encore plus nette de la souplesse du cæcum qui s'étale un peu en largeur. On retrouve sur les clichés du côlon droit l'image « en croix pectorale » de sténose signalée au cours du transit précédent (non retrouvée sur le lavement baryté). Cette image a d'ailleurs changé d'aspect et sa nature spasmodique paraît plus évidente.

On laisse alors partir le malade qui reviendra en juin 1964 pour une troisième cure d'Emétine.

*Le 14 septembre 1964, il revient pour un nouveau contrôle radiologique (fig. 6).*

*Le lavement baryté après la troisième cure d'Emétine (fig. 6),* montre toujours un aspect anormal du cæcum, qui est nettement plus petit qu'à l'état normal. Mais un cliché après évacuation et insufflation apporte cependant la notion d'une certaine conservation de la souplesse des parois et d'une expansion possible du bas-fond cæcal.

*Le transit du grêle fait à la même époque* objective la même image de rétrécissement du cæcum mais ne montre plus de zone spasmodique sur le côlon ascendant.

Il a été fait également un enregistrement *cinématographique* de la fin du transit du grêle, montrant sa souplesse et sa contractibilité alors que le cæcum est rigide et immobile.

Devant cette régression partielle de l'image cæcale, on se demande s'il s'agit d'un *amœbome isolé* ou d'un *amœbome associé à une tumeur maligne*, l'amœbome ayant disparu, cette tumeur persistant.

*La laparoscopie* demandée dans l'espoir de distinguer les séquelles d'un amœbome isolé, ou la greffe d'une tumeur en évolution sur cet amœbome, n'a pas permis de trancher le dilemme. Dans ces conditions, on décide l'intervention.

### Intervention. Suites immédiates et éloignées.

LAPAROTOMIE ILIAQUE DROITE le 4 NOVEMBRE 1964 (Professeur Bertrand, Docteur Lequin et Docteur Sauvage).

- cæcum et ascendant sains extérieurement ;
- palpation de l'intestin ne relève rien ;
- longue cæcotomie sur la bandelette antérieure :
  - exploration de la valvule de Bauhin négative ;
  - exploration négative de la muqueuse cæcale ;
- fermeture en deux plans à points séparés nylon.

*Suites opératoires le 10 novembre 1964 (Docteur Sauvage).*

Au quatrième jour le malade présente un collapsus brutal. La tension artérielle remonte sous perfusion de Lévo-phed.

Par ailleurs, le transit ne se rétablit pas, et après évacuation d'un hématome suppuré de la paroi, il se constitue d'abord une désunion de la cæcotomie qui n'améliore guère le météorisme abdominal ; l'anse grêle qui occupe le fond de la désunion pariétale *se fistule* spontanément et cette iléostomie spontanée a les effets les plus heureux permettant la régression plus rapide du météorisme.

Simultanément, l'état général devient médiocre du fait d'une décompensation hépatique avec ictère, œdème généralisé, ascite et trouble de la conscience (torpeur profonde).

Sous l'influence de perfusion de Rocmaline, cette défaillance hépatique aiguë régresse progressivement en même temps que la reprise d'un transit régulier par iléostomie permet l'alimentation *per os*.

Le 10 novembre 1964, 6 jours après l'intervention, prescription du traitement à la *Déhydroémétine*, à raison de 0,08 g par jour qu'on poursuit jusqu'au 17 novembre 1964 (56 cg).

*Le 29 décembre 1964 (Docteur Sauvage) :*

- état général transformé, reprise pondérale de plusieurs kilos ;
- localement la fistule cæcale semble fermée et il ne reste que la fistule iléale qui a pu être appareillée étant donné les progrès rapides de la cicatrisation au niveau de la brèche pariétale ; il n'existe pratiquement pas de transit à travers le côlon.

## RÉINTERVENTION LE 9 FÉVRIER 1965 :

- extériorisation de la dernière anse grêle sur laquelle est situé l'orifice de l'iléostomie ;
- resection de 10 cm de cette dernière anse grêle, anastomose bout à bout, un plan de nylon — points séparés — fermeture du ventre en un plan aux fils métalliques fins — peau ouverte.

### *Suites opératoires* (Docteur Lequin) :

- très simples — cicatrisation — bonne paroi ;
- garde troubles du transit ;
- sort le 19 juin 1965.

*Le malade revient après son intervention le 19 juin 1965.*

Du point de vue état général, résultat excellent. Il a pris 7 kg. Pas de troubles digestifs, pas de troubles du transit. Localement la paroi est solide, sans éventration ; cependant il se plaint de quelques douleurs au niveau de la cicatrice.

Les selles sont moulées ; il n'y a pas de *kystes d'Entamoeba dysenteriae*. 3 éosinophiles à l'hémogramme.

On l'envoie en convalescence à la suite de laquelle il reviendra pour un lavement baryté de contrôle.

Comme convenu, le malade revient en septembre et le *lavement baryté pratiqué le 30 septembre 1965, un an après l'intervention* (fig. 7, 8) montre un cæcum encore rétracté, en forme de bourse appendue au côlon ascendant ; mais à la palpation, on parvient à étaler l'image de ce cæcum et à faire clairement apparaître le liseré de sécurité.

Le recto-sigmoïde est pratiquement normal.

### Discussion.

Devant ce malade de 45 ans, fébrile, présentant des douleurs abdominales et articulaires, le diagnostic n'est pas évident ;

- les origines raciales du malade ne sont pas en faveur d'une maladie périodique ;
- l'absence d'éruption, de leucocytose à polynucléose pour un Wissler-Fanconi ;
- l'absence de signes physiques et biologiques pour un rhumatisme infectieux à point de départ intestinal.

On a été ainsi conduit au diagnostic *d'amibiase cæcale* que tardivement, après les résultats de la radiographie. Celle-ci, en coïncidence avec la notion de contamination *conjugale* possible, et surtout en raison des antécédents *d'abcès hépatique* amibien six mois auparavant, nous a poussé à mettre le malade sous traitement *émétinien*, malgré l'absence d'antécédents dysentériques et malgré l'absence de parasites dans les selles.

C'est l'efficacité de ce traitement qui nous a incité à admettre le diagnostic *d'amœbome*, puisqu'il a amené la chute de température au troisième jour et la régression de la masse indiscutable en trois semaines.

Mais nous avons été amené un an plus tard, après trois cures émétiennes, à décider une *intervention* à visée purement *exploratrice* en raison de la persistance de l'image radiologique anormale en opposition avec la résurrection clinique. La négativité de cette intervention, l'évolution ultérieure nous ont rassuré d'une façon formelle ; il ne s'agit pas là d'un cancer colique mais bien d'amœbome — diagnostic que nous avons retenu — actuellement à *l'état radiologique cicatriciel*.



Fig. 1. *Lavement baryté du 24-1-64, avant le traitement.*

Fond-cæcal rigide rétracté : en tronc de cône, en entonnoir renversé de petite dimension. Image dentelée du bord supérieur des derniers centimètres de l'iléon. Image lacunaire de la valvule iléo-cæcale.

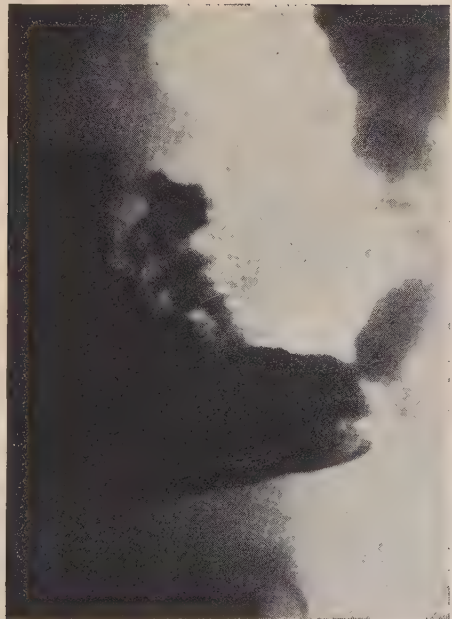


Fig. 2. *Lavement baryté du 24-1-64, avant le traitement.*

Imprégnation défectueuse avec contours légèrement spasmodiques du sigmoïde.



Fig. 3. *Transit du grêle du 31-1-64, avant le traitement.*

Même aspect du cæcum que lors du lavement baryté. Apparition d'une image de sténose du côlon ascendant. Aspect en « croix pectorale » de l'ensemble des images.

Fig. 4. *Lavement baryté du 19-2-64, 20 jours après la première cure émétinienne.*

Amélioration indiscutable de l'image cæcale, avec disparition de l'image de sténose du côlon ascendant. Légère distention de la fin du grêle.

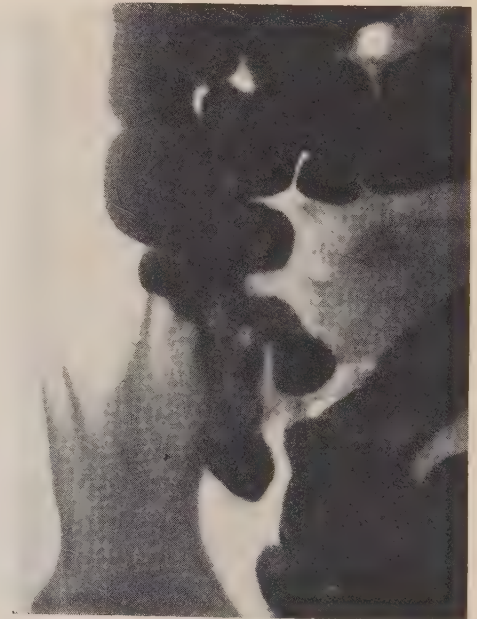




Fig. 5. *Transit du grêle du 20-4-64, 2 jours après la deuxième cure émétinienne.*

Amélioration entore plus nette de l'image cæcale, mais il persiste encore l'image en « croix pectorale ».

Fig. 6. *Lavement baryté du 14-9-64, 3 mois après la troisième cure émétinienne.*

Persistance de l'image anormale du cæcum : aspect plus petit qu'à l'état normal.





Fig. 7. *Lavement baryté du 30-9-65, un an après intervention.*

Persistance de l'aspect rétracté du cæcum. Image normale du recto-sigmoïde.



Fig. 8. *Lavement du 30-9-65, un an après l'intervention.*

Même aspect du cæcum que précédemment.

Les 58 observations d'amœbome cæcal  
tirées de la littérature de langue française

---

| <p>N°<br/>d'observation<br/>Auteurs</p>                                               | <p>Antécédents</p>                                                                                                              | <p>Symptomatologie</p>                                                                                                                                                                                                                      | <p>Radiologie</p>                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>N° 1</p> <p>MONTEL (G.H.M.)<br/>et<br/>MONTEL (M.L.R.)<br/>1924</p>                | <p>Homme adulte.<br/>Séjour au Vietnam.<br/>Jamais de dysenterie.</p>                                                           | <p>Etat fiévreux.<br/>Douleurs abdominales<br/>en barre ombilicale<br/>et coliques.<br/>Selles quotidiennes glai-<br/>reuses.<br/>Pas de faux besoins,<br/>pas de tenesme.<br/>Tuméfaction de la FID<br/>remarquée par le ma-<br/>lade.</p> |                                                                                                                       |
| <p>N° 2</p> <p>Thèse de<br/>DIEZ (O.V.)<br/>1934<br/>(à forme d'invagination)</p>     | <p>Homme 35 ans.<br/>Filaliën (Maroc).<br/>Dysenterie banale.</p>                                                               | <p>Douleurs épigastriques.<br/>Pas d'arrêt de matières<br/>et de gaz.<br/>Constipation.<br/>Vomissements.<br/>Amaigrissement.<br/>Pas d'anorexie.<br/>Tuméfaction de la FID.</p>                                                            | <p>Sténose intestinale<br/>(absence du cæcum<br/>et du côlon).<br/>Dilatation de l'anse<br/>grêle.</p>                |
| <p>N° 3</p> <p>Thèse de<br/>DIEZ (O.V.)<br/>1934<br/>(à forme d'invagination)</p>     | <p>Homme 40 ans.<br/>Berbère (Maroc).</p>                                                                                       | <p>Ventre chirurgical.<br/>Douleurs abdominales<br/>violentes.<br/>Contractures.<br/>Tuméfaction de la FID.</p>                                                                                                                             |                                                                                                                       |
| <p>N° 4</p> <p>AUGE (A.)<br/>et<br/>VIENNOT-BOURGIN<br/>1935<br/>(à triple siège)</p> | <p>Homme adulte.<br/>Arabe.<br/>Bronchite.<br/>Amaigrissement<br/>BK=0.</p>                                                     | <p>Douleurs abdominales.<br/>Diarrhée.<br/>Pas de contractures.<br/>Boudin cæcal.</p>                                                                                                                                                       | <p>Bas-fond cæcal d'as-<br/>pect effiloché.<br/>Spasme réactionnel :<br/>angle hépatique et<br/>côlon transverse.</p> |
| <p>N° 5</p> <p>HUARD (P.)<br/>RENUCCI (N.)<br/>et<br/>HIEP (N.T.)<br/>1935</p>        | <p>Homme 45 ans.<br/>Chinois (Indochine).<br/>Fumeur d'opium.<br/>Constipation.<br/>Dysentérie amibienne<br/>vraisemblable.</p> | <p>Douleurs appendiculai-<br/>res.<br/>Pas de diarrhée.<br/>Pas de vomissements.<br/>Pas de nausée.<br/>Ballonnement.<br/>Contractures.<br/>Mac Burney +.<br/>Empatement de la FID.<br/>Tuméfaction de la FID<br/>profonde.</p>             |                                                                                                                       |

| <i>Diagnostic<br/>évoqué</i>                | <i>Amibes</i>                  |               | <i>Traitement</i>    |                                                                                          | <i>Evolution</i>                  |                                                             |
|---------------------------------------------|--------------------------------|---------------|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------|
|                                             | <i>selles</i>                  | <i>coupes</i> | <i>médical</i>       | <i>chirurgical</i>                                                                       | <i>immédiate</i>                  | <i>lointaine</i>                                            |
|                                             |                                |               | Emétine<br>(80 cg)   |                                                                                          | Guérison                          |                                                             |
| Cancer d'estomac et du<br>côlon transverse. |                                |               | Emétine ?            | Intervention<br>(tumeur=noix)<br>Dérivation<br>Colectomie                                | Bonne                             | Réintervention<br>(3 mois après)<br>Guérison<br>Eventration |
|                                             |                                | +             | Emétine ?            | Intervention<br>(tumeur de la<br>face antérieure<br>du cæcum)<br>Résection<br>en 2 temps | Simple                            |                                                             |
| Tuberculose                                 | +<br>(hémato-<br>topha-<br>ge) |               | Emétine<br>Stovarsol |                                                                                          | Guérison<br>locale<br>et générale | Persistance<br>radiologique<br>(4 mois après)               |
| Typhlo-<br>appendicite                      |                                |               |                      | Intervention<br>(tumeur cæcale)<br>Appendic-<br>ectomie<br>Fistulisation<br>cæcale       | Décès<br>par<br>toxi-infection    |                                                             |

| <p>N°<br/>d'observation<br/>Auteurs</p>                                                                                                                       | <p>Antécédents</p>                                                                                                | <p>Symptomatologie</p>                                                                                                                                                                                             | <p>Radiologie</p>                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>N° 6<br/>TARTANSON (F.)<br/>et<br/>DULCY (L.)<br/>dans la thèse de<br/>DULCY (L.)<br/>1938</p>                                                             | <p>Homme 43 ans.<br/>Dysenterie rebelle amibienne confirmée - (émétine +).</p>                                    | <p>Diarrhée douloureuse.<br/>Selles sanglantes.<br/>Amaigrissement.<br/>Température : 39°.<br/>Tuméfaction de la FID.</p>                                                                                          |                                                                                               |
| <p>N° 7<br/>CHATON (M.)<br/>1941</p>                                                                                                                          | <p>Homme 30 ans.<br/>Séjour : Tonkin,<br/>A.F.N.</p>                                                              | <p>Douleurs vives de la FID.<br/>Etat général bon.<br/>Pas de température.<br/>Ventre souple.<br/>Tuméfaction de la FID.<br/>Puis : crises de coliques, douleurs intenses, constipation.</p>                       | <p>Amputation du bas-fond cæcal.</p>                                                          |
| <p>N° 8<br/>BONIN,<br/>DUFOUR,<br/>CHENILLEAU<br/>et<br/>DULONG de ROSNAY<br/>1946<br/>(à forme occlusive)</p>                                                | <p>Femme<br/>Dysenterie amibienne chronique.<br/>Tumeur de la FID<br/>regressée par émétine<br/>et stovarsol.</p> | <p>Syndrome de Koenig.<br/>Cachexie.<br/>Tuméfaction de la FID.</p>                                                                                                                                                |                                                                                               |
| <p>N° 9<br/>TRAISSAC (F.J.)<br/>dans la thèse de<br/>GORRICHON (P.)<br/>1947<br/>(à forme occlusive)</p>                                                      | <p>Femme 47 ans.<br/>Séjour en Tunisie<br/>Troubles digestifs « crises hépatiques ».</p>                          | <p>Syndrome sub-occlusif.<br/>Douleurs du flanc droit.<br/>Selles molles en « bouse de vache » (pas de sang).<br/>Température : 38,5°.<br/>Foie gros et douloureux.<br/>Tuméfaction de la FID.</p>                 | <p>Spasme cæcal.<br/>Stase dans la dernière anse grêle.<br/>Pas d'image lacunaire cæcale.</p> |
| <p>N° 10<br/>TRAISSAC (F.J.)<br/>dans la thèse de<br/>GORRICHON (P.)<br/>1947</p>                                                                             | <p>Femme 39 ans.<br/>Asthme.<br/>Hémoptysies (BK=0).</p>                                                          | <p>Douleurs abdominales : coliques aiguës.<br/>Diarrhée : selles glaireuses, en « bouse de vache ».<br/>Etat subfébrile.<br/>Cystite.<br/>Foie gros.<br/>Cadre colique spasmodique.<br/>Tuméfaction de la FID.</p> | <p>Transit accéléré.<br/>Amputation cæcale.</p>                                               |
| <p>N° 11<br/>Recueillie<br/>par PUJOL,<br/>Rapportée par<br/>SPEDER<br/>Thèse de<br/>GORRICHON (P.) 1947<br/>(à forme occlusive,<br/>amibiase incertaine)</p> | <p>Homme 53 ans.<br/>Marocain.<br/>Bronchite chronique.<br/>Sclérose pulmonaire.<br/>Constipation.</p>            | <p>Douleurs violentes de l'hypocondre droit.<br/>Irradiation vers l'ombilic.<br/>Arrêt des matières et des gaz.<br/>Température légère.<br/>Abdomen sonore.<br/>Tuméfaction de la FID.</p>                         | <p>Colite spasmodique.</p>                                                                    |

| Diagnostic<br>évoqué                                      | Amibes |                                    | Traitement                                                  |                                                        | Evolution                               |                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------|--------|------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                           | selles | coupes                             | médical                                                     | chirurgical                                            | immédiate                               | lointaine                                                                                                                                     |
| Tuberculose                                               | 0      |                                    | Emétine<br>(48 cg)<br>Stovarsol                             |                                                        | Amélioration<br>locale<br>et générale   | Réapparition<br>de la tumeur<br>Reprise<br>de l'émétine<br>Guérison                                                                           |
| Tuberculose<br>Actynomycose<br>ou syphilome<br>ou Hodgkin | +      | 0<br>(+<br>dans<br>pus,<br>oxyure) | Emétine<br>post-<br>opératoire                              | Intervention<br>(fond cæcal<br>cartonné)               | Simple<br><br>Guérison                  |                                                                                                                                               |
| Cancer                                                    |        | 0                                  |                                                             | Intervention<br>(épaississement<br>cæco-<br>ascendant) |                                         |                                                                                                                                               |
|                                                           |        |                                    | Emétine                                                     |                                                        | Guérison                                | Appendicite<br>rétrocæcale<br>Réintervention<br>Guérison                                                                                      |
|                                                           | +      |                                    | Emétine<br>Stovarsol<br>Bismuth                             |                                                        | Régression<br>locale<br>et générale     | Arrêt<br>de traitement<br>Réapparition<br>de signes<br>fonctionnels<br>et de tuméfaction<br>Reprise<br>du traitement<br>émétinien<br>Guérison |
| Fécalome                                                  | 0      |                                    | Stovarsol<br>Pâte de Ravaut<br>Belladone<br>Carbonate de Mg |                                                        | Guérison<br>clinique<br>et radiologique |                                                                                                                                               |

| N°<br>d'observation<br>Auteurs                                                                                                                                  | Antécédents                                                                                          | Symptomatologie                                                                                                                                                       | Radiologie |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| N° 12<br>Recueillie par<br>GRIVE et DELARUE<br>Rapportée par<br>CHIRAY et CHENE<br>Thèse de<br>GORRICHON (P.)<br>1947<br>(à forme de volvulus,<br>étranglement) | Femme 30 ans.<br>Hystérectomie.<br>Appendicectomie.<br>Diarrhée tenace.<br>2 frères marins.          | Occlusion aiguë.                                                                                                                                                      |            |
| N° 13<br>Rapportée<br>dans la thèse de<br>HAIDOUDOFF<br>1930<br>et<br>thèse de<br>GORRICHON (P.)<br>1947                                                        | Homme adulte.<br>Syrie.                                                                              | Douleurs abdominales<br>droites.<br>Diarrhée glaireuse et<br>sanglante.<br>Fièvre : 38°.           Contracture à droite.<br>Tuméfaction cœcale.                       |            |
| N° 14<br>MONTEL (M.L.R.)<br>1949                                                                                                                                | Homme 23 ans.<br>Vietnamien.<br>Constipation.<br>Jamais de selles dysen-<br>tériques.                | Douleurs abdominales.<br>Constipation habituelle.<br>Amaigrissement.<br>Fièvre légère.<br>Asthénie.<br>Tuméfaction de la FID<br>remarquée par<br>malade (inspection). |            |
| N° 15<br>MONTEL (M.L.R.)<br>1949                                                                                                                                | Homme 17 ans.<br>Vietnamien.<br>Diarrhée glaireuse et<br>sanguinolente passa-<br>gère, avec tenesme. | Pesanteur abdominale.<br>Etat général bon.<br>Sensibilité modérée de<br>la FID.<br>Tuméfaction de la FID<br>de découverte systé-<br>matique.                          |            |
| N° 16<br>MONTEL (M.L.R.)<br>1949                                                                                                                                | Homme 37 ans.<br>Vietnamien.                                                                         | Dysenterie.<br>Etat général<br>altéré +++.<br>Amaigrissement +++<br>Amaigrissement +++<br>Asthénie.<br>Pas de température.<br>Mac Burney +.<br>Tuméfaction de la FID. |            |
| N° 17<br>MONTEL (M.L.R.)<br>1949                                                                                                                                | Homme 28 ans.<br>Vietnamien.                                                                         | Selles dysentériques.<br>Selles dysentériques.<br>Amaigrissement ++.<br>Tuméfaction de la FID.                                                                        |            |

| <i>Diagnostic<br/>évoqué</i>                                     | <i>Amibes</i> |               | <i>Traitement</i>                                         |                                                                     | <i>Evolution</i>                                                              |                  |
|------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|                                                                  | <i>selles</i> | <i>coupes</i> | <i>médical</i>                                            | <i>chirurgical</i>                                                  | <i>immédiate</i>                                                              | <i>lointaine</i> |
| Cancer                                                           |               | +             | Emétine<br>post-<br>opératoire<br>Pâte de Ravaut          | Intervention<br>(tumeur<br>du bas-fond<br>cæcal)<br>Hémi-colectomie | Diarrhée<br><br>Guérison                                                      |                  |
|                                                                  |               |               | Tt.<br>anti-amibien<br>post-<br>opératoire<br>non précisé | Appendicec-<br>tomie                                                | <br><br>Guérison                                                              |                  |
|                                                                  |               |               | Emétine<br>(0,08 g)                                       |                                                                     | Régression<br>locale<br>N'a pas été revu                                      |                  |
|                                                                  |               |               | Emétine<br>(0,08 g)                                       |                                                                     | Régression<br>locale<br>après<br>2 <sup>e</sup> injection<br>N'a pas été revu |                  |
| Abcès<br>appendiculaire<br>ou Amibiase<br>avec typhlo-<br>colite |               |               | Emétine<br>(0,10 g)                                       |                                                                     | Guérison<br>locale<br>et générale                                             |                  |
| Amibiase<br>avec<br>typhlo-colite                                |               |               | Emétine                                                   |                                                                     | Une injection<br>N'a pas été revu                                             |                  |

| <p>N°<br/>d'observation<br/>Auteurs</p>        | <p>Antécédents</p>                                                                                              | <p>Symptomatologie</p>                                                                                                                                                                   | <p>Radiologie</p> |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <p>N° 18<br/><br/>MONTEL (M.L.R.)<br/>1949</p> | <p>Homme 36 ans.<br/>Vietnamien.<br/>Dysenterie amibienne.</p>                                                  | <p>Douleurs hypogastriques<br/>Constipation.<br/>Pas de diarrhée.<br/>Pas de vomissements.<br/>Etat général : bon.<br/>Température : 38,5°.<br/>Tuméfaction de la FID.</p>               |                   |
| <p>N° 19<br/><br/>MONTEL (M.L.R.)<br/>1949</p> | <p>Homme 27 ans.<br/>Vietnamien .<br/>Dysenterie amibienne.</p>                                                 | <p>Dysenterie.<br/>Selles : molles, liquides,<br/>spumeuses, dysenté-<br/>riformes.<br/>Amaigrissement.<br/>Asthénie.<br/>Anémie.<br/>Tuméfaction de la FID.</p>                         |                   |
| <p>N° 20<br/><br/>MONTEL (M.L.R.)<br/>1949</p> | <p>Homme 40 ans.<br/>Vietnamien.</p>                                                                            | <p>Embarras gastriques.<br/>Douleurs modérées de<br/>la FID.<br/>Selles normales.<br/>Nausée.<br/>Etat général : médiocre.<br/>Anémie.<br/>Fièvre légère.<br/>Tuméfaction de la FID.</p> |                   |
| <p>N° 21<br/>MONTEL (M.L.R.)<br/>1949</p>      | <p>Homme 29 ans.<br/>Vietnamien.<br/>Tumeur de la FID<br/>disparue après appli-<br/>cation locale de glace.</p> | <p>Diarrhée liquide.<br/>Inappétence.<br/>Fièvre légère.<br/>Tuméfaction de la FID.</p>                                                                                                  |                   |
| <p>N° 22<br/><br/>MONTEL (M.L.R.)<br/>1949</p> | <p>Homme 40 ans.<br/>Vietnamien.<br/>Dysenterie amibienne ?</p>                                                 | <p>Douleurs de la FID.<br/>Coliques.<br/>Diarrhée.<br/>Fièvre.<br/>Puis : Coliques.<br/>Tenesme.<br/>Constipation.<br/>Tuméfaction de<br/>la FID.</p>                                    |                   |
| <p>N° 23<br/><br/>MONTEL (M.L.R.)<br/>1949</p> | <p>Homme 44 ans.<br/>Vietnamien.<br/>Jamais de dysenterie.</p>                                                  | <p>Gâle.<br/>Pas de diarrhée.<br/>Pas de vomissements.<br/>Pas de température.<br/>Tuméfaction de la FID<br/>de découverte systé-<br/>matique.</p>                                       |                   |

| Diagnostic<br>évoqué | Amibes |        | Traitement                                                    |             | Evolution                                                                        |                                                                                                                               |
|----------------------|--------|--------|---------------------------------------------------------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      | selles | coupes | médical                                                       | chirurgical | immédiate                                                                        | lointaine                                                                                                                     |
|                      |        |        | Emétine<br>(0,10 g)                                           |             | Régression<br>locale<br>et générale<br>après<br>4 injections<br>N'a pas été revu |                                                                                                                               |
|                      |        |        | Emétine<br>(0,10 g)                                           |             | Une injection<br>N'a pas été revu                                                | Augmentation<br>de la tumeur<br>Reprise<br>de l'émétine<br>Guérison<br>générale<br>Persistance<br>locale :<br>tumeur — cerise |
|                      |        |        | Emétine<br>(0,10 g)                                           |             | Amélioration<br>locale<br>et générale<br>N'a pas été revu                        |                                                                                                                               |
|                      |        |        | Emétine<br>(0,10 g)                                           |             | Amélioration<br>locale nette<br>N'a pas été revu                                 |                                                                                                                               |
|                      |        |        | Emétine<br>(0,10 g)<br>Chlorhydrate<br>de quinine<br>(0,75 g) |             | Amélioration<br>locale<br>et générale<br>N'a pas été revu                        |                                                                                                                               |
|                      |        |        | N'a pas été revu                                              |             |                                                                                  |                                                                                                                               |

| N°<br>d'observation<br>Auteurs                        | Antécédents                                                                                                                                                                                | Symptomatologie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Radiologie                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| N° 24<br><br>BLANC (F.)<br>et<br>SIGUIER (F.)<br>1950 | Homme jeune.<br>Cambodgien.<br>Cuti +.                                                                                                                                                     | Pesanteur de la FID<br>exagérée par la mar-<br>che et la station<br>debout.<br>Nausée.<br>Pas de vomissements.<br>Amaigrissement.<br>Asthénie.<br>Perte des forces.<br>Foie douloureux<br>à l'ébranlement.<br>Boudin de la FID.                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                            |
| N° 25<br><br>GANDOLFO-<br>CANESSA (J.M.)<br>1950      | Homme 54 ans.<br>Syndrome ulcéreux.<br>Dysentérie amibienne<br>confirmée (amibes +).                                                                                                       | Depuis 3 ans :<br>Douleurs de l'hypocon-<br>dre droit.<br>Irradiations vers les<br>membres inférieurs<br>et vers la FID.<br>Diarrhée : selles<br>muqueuses (pas de<br>sang).<br>Depuis quelques mois :<br>Brûlures de la moitié<br>droite de l'abdomen.<br>Intolérance alimentaire<br>Congestion de la face.<br>Tachycardie.<br>Foie gros et douloureux.<br>Boudin de la FID. | Transit :<br>Sténose, défaut de rem-<br>plissage créo-ascen-<br>dant.<br><br>Lavement :<br>« Image en cocarde »<br>(image lacunaire qu'<br>isole la valvule de<br>Bauhin). |
| N° 26<br><br>TINGAUD<br>et<br>CABANE (H.)<br>1950     | Homme 35 ans.<br>Noir.                                                                                                                                                                     | Crises appendiculaires.<br>Douleurs de la FID.<br>Transit normal.<br>Vomissements.<br>Pas de température.<br>Amaigrissement.<br>Rouzier +.<br>Tuméfaction de la FID.                                                                                                                                                                                                          | Amputation cæcale.<br>Image de Stierlin.                                                                                                                                   |
| N° 27<br><br>TINGAUD<br>et<br>CABANE (H.)<br>1950     | Homme 56 ans.<br>Séjour Outre-Mer.<br>Paludisme.<br>Diarrhée non vérifiée<br>amibienne.<br>Depuis : douleurs post-<br>prandiales, selles pâ-<br>teuses en « bouse de<br>vache », asthénie. | Depuis 1 an :<br>Pesanteur post-prandiale<br>2 épisodes diarrhéiques<br>Amaigrissement de 15 kg<br>Appétit conservé.<br>Puis : Coliques.<br>Troubles de tran-<br>sit.<br>Nausées.<br>Foie gros.<br>Tuméfaction de<br>la FID.                                                                                                                                                  | Défaut de remplissage<br>constant du bas-fon-<br>cæcal.<br>Images spasmodique<br>coliques.<br>Reflux dans la dernièr<br>anse.                                              |

| Diagnostic<br>évoqué                                          | Amibes                  |        | Traitement                               |                                 | Evolution                               |           |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------|--------|------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------|-----------|
|                                                               | selles                  | coupes | médical                                  | chirurgical                     | immédiate                               | lointaine |
| Tuberculose<br>ou<br>Placard<br>de péritonite<br>tuberculeuse |                         |        | Emétine<br>Pénicilline<br>Sulfaguanidine |                                 | Guérison                                |           |
|                                                               | 0<br>(Tricho-<br>monas) |        | Emétine<br>Pénicilline<br>Sulfamides     |                                 | Guérison<br>clinique<br>et radiologique |           |
| Tuberculose                                                   | +                       |        | Emétine<br>post-<br>opératoire           | Intervention<br>(tumeur cæcale) | Guérison                                |           |
|                                                               | +                       |        | Emétine                                  |                                 | Guérison<br>locale<br>et générale       |           |

| N <sup>o</sup><br>d'observation<br>Auteurs                                                                       | Antécédents                                                                                                                                                                                                                                | Symptomatologie                                                                                                                                                                                                                | Radiologie                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| N <sup>o</sup> 28<br><br>HUGUENIN (A.),<br>BOURGEON (R.)<br>et<br>MINICONI (P.)<br>1952                          | Femme 65 ans.<br><i>Troubles digestifs :</i><br>Douleurs violentes.<br>Alternatives de diarrhées et de constipation.<br>Emission de glaires et de sang.<br><i>Troubles urinaires :</i><br>Colique néphrétique.<br>Cystite (colibacillose). | Douleurs de la FID.<br>Irradiations lombaires.<br>Pas d'arrêt des matières et des gaz.<br>Hématurie légère.<br>Amaigrissement.<br>Ballonnement.<br>Tuméfaction de la FID.<br>T. R. : hémorroïdes internes.                     | Rétrécissement cœcal permanent régulier.                                                                                                                                                                      |
| N <sup>o</sup> 29<br><br>Thèse de<br>NICOLAS (J.)<br>1953                                                        | Homme 26 ans.<br>Séjour en Indochine.<br>Amibiase non confirmée : rechutes fréquentes.<br>Appendicectomie.<br>Ulcère duodénal.                                                                                                             | Douleurs abdominales diffuses.<br>Diarrhée fréquente.<br>Etat général médiocre.<br>Amaigrissement +++<br>Pas de température.<br>Corde colique gauche.<br>Cæcum empâté.                                                         | Défaut d'imprégnation de la moitié droite de la moitié droite transverse et surtout du cæcum.<br>Rétrécissement du cæcum.                                                                                     |
| N <sup>o</sup> 30<br><br>GIRARD (M.)<br>FRAISSE (H.)<br>et<br>POTTON<br>dans la thèse de<br>DISSARD (P.)<br>1954 | Homme 26 ans.<br>Séjour en Indochine (Emétine +).<br>Dysenterie amibienne : rechutes mensuelles (7-8 selles, 24 heures, glaireuses et sanglantes - Stovarsol +).                                                                           | Douleur du flanc droit.<br>Diarrhée légère.<br>Etat général : bon.<br>Pas de température.<br>Cæcum tendu et épaissi.                                                                                                           | <i>Lavement :</i><br>Cæcum rétréci : en noir rigide.<br>Incontinence de la vue de Bauhin.<br>Dilatation du grêle.<br><i>Transit.</i><br>Cæcum à peine injecté (amputation). Image de Stierlin (stase iléale). |
| N <sup>o</sup> 31<br><br>LABAIL (G.)<br>FONTAN (F.)<br>et<br>SENTUCQ (M.)<br>1956                                | Homme 22 ans.<br>Séjour en Indochine.<br>Evacué pour dysenterie amibienne confirmée (Emétine +).                                                                                                                                           | Douleurs par crises de la FID.<br>Diarrhée : selles striées de sang.<br>Pouls : 100.<br>Abdomen souple (respire).<br>Voissure de la FID à l'inspection.<br>Tuméfaction de la FID.                                              | Amputation cœcale.<br>Incontinence de la vue de Bauhin.                                                                                                                                                       |
| N <sup>o</sup> 32<br><br>PATEL (J.),<br>VIGUÉ (R.)<br>et<br>LATASTE (J.)<br>1956<br>(à forme occlusive)          | Homme 26 ans.<br>Pas de séjour Outre-Mer.<br>Jamais de trouble digestif.<br>Appendicectomie.                                                                                                                                               | Douleurs épigastriques « coup de poignard ».<br>Irradiation dans la FID<br>Arrêt des matières et des gaz.<br>Pas de vomissements.<br>Etat général conservé.<br>Température : 37,5°.<br>Ballonnement.<br>Tuméfaction de la FID. | Cæcum mal injecté cône.<br>Dilatation du grêle.                                                                                                                                                               |

| Diagnostic<br>évoqué | Amibes |                                                                         | Traitement                                                                                                                             |                                                                                                               | Evolution                                                       |                                                                                                                                          |
|----------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                      | selles | coupes                                                                  | médical                                                                                                                                | chirurgical                                                                                                   | immédiate                                                       | lointaine                                                                                                                                |
| Cancer               | +      |                                                                         | Tt.<br>pré-opératoire :<br>Emétine<br>Pénicilline<br>Talidine<br>(10 jours)<br>Emétine<br>associée<br>(post-<br>opératoire)<br>(54 cg) | Intervention<br>secondaire<br>(tumeur cœcale)<br>Résection<br>colique<br>Anastomose<br>iléo-<br>transverse    | Amélioration<br>locale<br>et générale<br><br>Simple<br>Guérison |                                                                                                                                          |
|                      |        | 0<br>Œufs<br>tricho-<br>céphale<br>cristaux<br>de<br>Charcot-<br>Leyden | Emétine<br>Pénicilline<br>Sulfaguanidine                                                                                               |                                                                                                               | Guérison<br>clinique,<br>locale<br>et générale                  | Persistance<br>radiologique :<br>cæcum bridé,<br>rigide                                                                                  |
|                      |        |                                                                         | Emétine<br>(60 cg)                                                                                                                     |                                                                                                               | Guérison<br>clinique,<br>locale<br>et générale                  | Persistance<br>radiologique :<br>— cæcum in-<br>filtré,<br>— 2 forma-<br>tions di-<br>verticulai-<br>res dans le<br>bas - fond<br>cœcal. |
|                      | 0      |                                                                         | Emétine                                                                                                                                |                                                                                                               | Guérison<br>locale<br>et générale                               |                                                                                                                                          |
| Cancer               |        | +                                                                       | Emétine ?                                                                                                                              | Intervention<br>(tumeur cœcale,<br>adénopathies)<br>Anastomose<br>iléo-<br>transverso-<br>latéro-<br>latérale | Simple<br>Guérison                                              |                                                                                                                                          |

| N°<br>d'observation<br>Auteurs                                                                                                 | Antécédents                                                                 | Symptomatologie                                                                                                                                                                         | Radiologie                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| N° 33<br>HERVE (A.)<br>COURSON (B.)<br>PARODI (L.)<br>et<br>PIGANOL (G.)<br>1958<br>(à triple siège)                           | Homme 40 ans.<br>Vietnamiens.<br>Amibiase confirmée.                        | Douleurs épigastriques.<br>Pas de périodicité.<br>Pas de vomissements.<br>Constipation opiniâtre.<br>Amaigrissement ( 5 kg<br>en quelques semaines).                                    | <i>Estomac :</i><br>Niche antrale.<br><i>Lavement :</i><br>Rétrécissement du bas<br>fond cœcal.<br>Aspect œdémateux du<br>transverse. |
| N° 34<br>PARODI (L.)<br>1958<br>(à forme occlusive)                                                                            | Homme 30 ans.<br>Africain.<br>Dysenterie chronique<br>amibienne ?           | Syndrome de Koenig.<br>Syndrome occlusif.<br>Arrêt des matières et<br>des gaz.<br>Vomissements.<br>Amaigrissement.<br>Tuméfaction de la FID.                                            |                                                                                                                                       |
| N° 35<br>CARAYON (L.)<br>et<br>TOURNIER-<br>LASERVE (Ch.)<br>dans la thèse de<br>GUESSENND (G.) 1962<br>(à forme occlusive)    | Homme 50 ans.<br>Vietnamiens.                                               | Syndrome douloureux<br>de la FID.<br>Pas de température.<br>Ondes péristaltiques.<br>Ballonnement.<br>Tuméfaction de la FID.                                                            |                                                                                                                                       |
| N° 36<br>CARAYON (L.)<br>et<br>TOURNIER-<br>LASERVE (Ch.)<br>dans la thèse de<br>GUESSENND (G.) 1962<br>(à forme occlusive)    | Homme 30 ans.<br>Soudanais.<br>Séjour à Dakar.<br>Amibiase.                 | Syndrome douloureux<br>de la FID.<br>Tuméfaction de la FID :<br>plastron appendicu-<br>laire.                                                                                           |                                                                                                                                       |
| N° 37<br>CARAYON (L.)<br>et<br>TOURNIER-<br>LASERVE (Ch.)<br>dans la thèse de<br>GUESSENND (G.)<br>1962                        | Femme 32 ans.<br>Dysenterie amibienne ?                                     | Tuméfaction de la FID.                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                       |
| N° 38<br>CARAYON (L.)<br>et<br>TOURNIER-<br>LASERVE (Ch.)<br>dans la thèse de<br>GUESSENND (G.)<br>1962<br>(à forme occlusive) | Homme 29 ans.<br>Légionnaire.<br>Séjour en Extrême-<br>Orient.<br>Amibiase. | Syndrome occlusif.<br>Douleurs abdominales.<br>Arrêt des matières et<br>des gaz.<br>Vomissements.<br>Etat général atteint.<br>Température : 38,5°.<br>Météorisme.<br>Défense de la FID. |                                                                                                                                       |

| Diagnostic<br>évoqué                                              | Amibes |        | Traitement                                               |                                                                                                                                                | Evolution                                       |           |
|-------------------------------------------------------------------|--------|--------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-----------|
|                                                                   | selles | coupes | médical                                                  | chirurgical                                                                                                                                    | immédiate                                       | lointaine |
| Cancer gastrique<br>avec<br>colite gauche<br>ou<br>cancer colique |        | 0      | Emétine<br>post-<br>opératoire                           | Intervention<br>Estomac : rien<br>1. Tumeur du<br>transverse.<br>2. Tumeur de<br>l'angle gauche.<br>3. Cæcum ré-<br>tréci.<br>Aboucher la peau | Excellente<br><br>Guérison                      |           |
|                                                                   |        | 0      | Emétine ?                                                | Intervention<br>(tumeur cæcale)<br>Hémicolectomie                                                                                              | Excellente                                      |           |
| Appendicite<br>ou<br>Cancer                                       |        | +      | Emétine<br>post-<br>opératoire                           | Intervention<br>(tumeur<br>cæco-ascendant<br>ganglions)<br>Hémicolectomie<br>Iléo-transver-<br>sostomie                                        | Fistulisation<br><br>Guérison                   |           |
| Appendicite                                                       |        | 0      | Emétine ?                                                | Intervention<br>tumeur cæco-<br>ascendant)<br>Appendicec-<br>tomie                                                                             | Simple                                          |           |
|                                                                   |        |        | Tt.<br>post-<br>opératoire :<br>Emétine<br>Antibiotiques | Intervention<br>(tumeur cæco-<br>ascendant)<br>Drainage                                                                                        | Simple<br><br>Guérison                          |           |
|                                                                   | 0      |        | Tt.<br>post-<br>opératoire :<br>Emétine<br>Péni-Strepto  | Intervention<br>(cæcum<br>augmenté<br>de volume)<br>Fermeture<br>Drainage                                                                      | Simple<br><br>Guérison<br>locale<br>et générale |           |

| <p>N°<br/>d'observation<br/>Auteurs</p>                                                                                                             | <p>Antécédents</p>                                                                                           | <p>Symptomatologie</p>                                                                                                                                                                               | <p>Radiologie</p>                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <p>N° 39<br/>CARAYON (L.)<br/>et<br/>TOURNIER-<br/>LASSERVE (Ch.)<br/>dans la thèse de<br/>GUESSENND (G.)<br/>1962</p>                              | <p>Homme 22 ans.<br/>Dakar.</p>                                                                              | <p>Syndrome douloureux<br/>de la FID et du flanc<br/>droit.<br/>Vomissements.<br/>Température : 38,5°.<br/>Tuméfaction de la FID.</p>                                                                |                                                                           |
| <p>N° 40<br/>CARAYON (L.)<br/>et<br/>TOURNIER-<br/>LASSERVE (Ch.)<br/>dans la thèse de<br/>GUESSENND (G.)<br/>1962</p>                              | <p>Femme.<br/>Libanaise.</p>                                                                                 | <p>Syndrome douloureux<br/>de la FID avec crises<br/>plus douloureuses<br/>suivies d'émission de<br/>gaz.</p>                                                                                        |                                                                           |
| <p>N° 41<br/>CARAYON (L.)<br/>et<br/>TOURNIER-<br/>LASSERVE (Ch.)<br/>dans la thèse de<br/>GUESSENND (G.)<br/>1962</p>                              | <p>Homme 33 ans.<br/>Antillais.<br/>séjour à Dakar<br/>Dysenterie amibienne<br/>confirmée.</p>               | <p>Douleurs de la FID.<br/>Tuméfaction de la FID.</p>                                                                                                                                                | <p>Image de tumeur laté-<br/>cæcale.</p>                                  |
| <p>N° 42<br/>CARAYON (L.)<br/>et<br/>TOURNIER-<br/>LASSERVE (Ch.)<br/>dans la thèse de<br/>GUESSENND (G.)<br/>1962<br/>(à forme d'invagination)</p> | <p>Homme 25 ans.<br/>Européen.<br/>Séjour en Indochine.<br/>Amibiase rebelle (émé-<br/>tine-roquessine).</p> | <p>Syndrome occlusif.<br/>Douleurs abdominales.<br/>Asthénie.<br/>Température : 38,5°.<br/>Contractions péristalti-<br/>ques au palper.<br/>Foie discret.<br/>Tuméfaction péri-ombi-<br/>licale.</p> | <p>Arrêt au niveau<br/>l'angle droit.<br/>Ebauche d'image<br/>cupule.</p> |
| <p>N° 43<br/>CARAYON (L.)<br/>et<br/>TOURNIER-<br/>LASSERVE (Ch.)<br/>dans la thèse de<br/>GUESSENND (G.)<br/>1962<br/>(à forme d'invagination)</p> | <p>Garçon 3 ans.</p>                                                                                         | <p>Douleurs abdominales.<br/>Déshydratation.</p>                                                                                                                                                     | <p>Image d'invagination<br/>au niveau de l'an-<br/>gauche.</p>            |

| Diagnostic<br>évoqué | Amibes |               | Traitement                                     |                                                                                                      | Evolution                                        |           |
|----------------------|--------|---------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------|
|                      | selles | coupes        | médical                                        | chirurgical                                                                                          | immédiate                                        | lointaine |
| Appendicite          |        |               | Emétine ?                                      | Intervention<br>(pas d'appendicite, tumeur de la jonction iléo-cæcale, adénopathies)                 |                                                  |           |
|                      |        |               | Emétine post-opératoire                        | Intervention (appendice : rien, tumeur de la jonction iléo-cæcale)<br>Appendicectomie<br>Abstention  | Guérison                                         |           |
|                      |        | +<br>(végét.) | Emétine                                        | Intervention (tumeur latéro-cæcale, valvule de Bauhin épaissie, adénopathies)<br>Hémicolectomie      | Très bonne                                       |           |
|                      | +      |               | Tt. post-opératoire :<br>Emétine<br>Roquessine | Intervention (tumeur cæcale, invagination iléo-cæco-colique)<br>Désinvagination                      | Syndrome dysentérique (amibes +)<br><br>Guérison |           |
|                      |        |               | Emétine ?                                      | Intervention (tumeur du bas-fond cæcal avec invagination)<br>Désinvagination incomplète<br>Cæcotomie | Décès par dyspnée et effondrement tensionnel     |           |

| N°<br>d'observation<br>Auteurs                                                                                                                              | Antécédents                                                                                                          | Symptomatologie                                                                                                                                                                                                                | Radiologie                                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| N° 44<br>CARAYON (L.)<br>et<br>TOURNIER-<br>LASSERVE (Ch.)<br>dans la thèse de<br>GUESSENND (G.)<br>1962<br>(à forme d'invagination)                        | Homme 25 ans.<br>Africain.<br>Amibaise confirmée.                                                                    | Troubles intestinaux<br>rebelles.<br>Etat général atteint.<br>Puis invagination chro-<br>nique (l'a v e m e n t<br>baryté).                                                                                                    | Image d'invagination<br>image évocatrice<br>d'une tête de Bauhin<br>dans le côlon trans-<br>verse. |
| N° 45<br>CARAYON (L.)<br>et<br>TOURNIER-<br>LASSERVE (Ch.)<br>dans la thèse de<br>GUESSENND (G.)<br>1962<br>(à forme de volvulus)                           | Homme 29 ans.<br>Haïphong (Vietnam).<br>Episodes dysentériques<br>banaux.                                            | Syndrome occlusif :<br>Douleurs butales de la<br>FID.<br>Arrêt des matières et<br>des gaz.<br>Vomissements.<br>Ballonnement, météo-<br>risme.<br>Palpation impossible.<br>Pouls : 120.                                         | Nombreux niveaux<br>liquides.<br>Pas de croissant<br>gazeux.                                       |
| N° 46<br>CARAYON (L.)<br>et<br>TOURNIER-<br>LASSERVE (Ch.)<br>dans la thèse de<br>GUESSENND (G.)<br>1962<br>(à forme perforée)                              | Homme 39 ans.<br>Européen.<br>Rapatrié de Tchad pour<br>dysenterie amibienne<br>c o n f i r m é e (émé-<br>tine-AB). | <i>Suite du Tl. par Strep-<br/>           tomycine :</i><br>Douleurs épigastriques<br>aiguës.<br>Vomissements.<br>Défense sous-cœcale.<br>Température : 39°.<br><i>Puis :</i><br>Douleur de la FIG.<br>Contractures de la FIG. |                                                                                                    |
| N° 47<br>CARAYON (L.)<br>et<br>TOURNIER-<br>LASSERVE (Ch.)<br>dans la thèse de<br>GUESSENND (G.)<br>1962<br>(à forme perforée<br>et associée à appendicite) | Femme 38 ans.<br>Européenne.<br>Séjour au Dahomey.                                                                   | Dysenterie.<br>Selles glairo-sanglantes.<br>Plastron de la FID.                                                                                                                                                                |                                                                                                    |
| N° 48<br>CARAYON (L.)<br>et<br>TOURNIER-<br>LASSERVE (Ch.)<br>dans la thèse de<br>GUESSENND (G.)<br>1962<br>(à forme perforée)                              | Homme 60 ans.<br>Dahoméen.                                                                                           | Amibiase confirmée<br>avec :<br>Sub-occlusion.<br>Altération de l'état<br>général +++.<br>Tuméfaction de la FID.                                                                                                               |                                                                                                    |

| <i>Diagnostic évoqué</i> | <i>Amibes</i> |               | <i>Traitement</i>                                        |                                                                                                                                                                                                               | <i>Evolution</i>       |                                                  |
|--------------------------|---------------|---------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------------------------------|
|                          | <i>selles</i> | <i>coupes</i> | <i>médical</i>                                           | <i>chirurgical</i>                                                                                                                                                                                            | <i>immédiate</i>       | <i>lointaine</i>                                 |
|                          |               | 0             | Emétine ?                                                | Intervention (tumeur du bas - fond cæcal, invagination iléo-cæco - colique, adénopathies)<br>Désinvagination incomplète<br>Hémi-colectomie<br>Anastomose latéro-latérale<br>iléo-transverse<br>Péritonisation | Normale                |                                                  |
|                          |               |               | Tt. post-opératoire :<br>Traitement médical<br>+ Emétine | Intervention (tumeur iléo-cæcale, volvulus du-cæcum)                                                                                                                                                          | Simple<br><br>Guérison |                                                  |
|                          |               |               | Emétine ?                                                | Intervention (cæcum épais-si, perforé, collection purulente)<br>Drainage<br>Hibernation                                                                                                                       | Guérison               | Paralysie sciatique<br>Images rondes pulmonaires |
|                          | +             |               | Emétine ?                                                | Intervention (amoebome cæcal appendice inflammé, perforation de la valvule de Bauhin)<br>Appendicec-tomie                                                                                                     | Très simple            |                                                  |
|                          |               |               | Emétine pré-opératoire                                   | Intervention (cæcum cartonné, perforé, abcès cloisonné)<br>Hémi-colectomie<br>Iléo-transversotomie                                                                                                            | ?                      |                                                  |

| <p>N°<br/>d'observation<br/>Auteurs</p>                                                                                                                         | <p>Antécédents</p>                                               | <p>Symptomatologie</p>                                                                                                      | <p>Radiologie</p>                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <p>N° 49<br/>CARAYON (L.)<br/>et<br/>TOURNIER-<br/>LASSERVE (Ch.)<br/>dans la thèse de<br/>GUESSENND (G.)<br/>1962<br/>(à forme perforée)</p>                   | <p>Garçon 10 ans.<br/>Dahoméen.</p>                              | <p>Douleur du flanc droit.<br/>Ballonnement.<br/>Douglas plein et dou-<br/>loureux.<br/>Tuméfaction du flanc<br/>droit.</p> |                                           |
| <p>N° 50<br/>CARAYON (L.)<br/>et<br/>TOURNIER-<br/>LASSERVE (Ch.)<br/>dans la thèse de<br/>GUESSENND (G.)<br/>1962<br/>(à forme perforée)</p>                   | <p>Homme 35 ans.<br/>Dahoméen.</p>                               | <p>Syndrome péritonéal.</p>                                                                                                 |                                           |
| <p>N° 51<br/>CARAYON (L.)<br/>et<br/>TOURNIER-<br/>LASSERVE (Ch.)<br/>dans la thèse de<br/>GUESSENND (G.)<br/>1962<br/>(à forme perforée)</p>                   | <p>Homme adulte.<br/>Camerounais.</p>                            | <p>Syndrome péritonéal.</p>                                                                                                 |                                           |
| <p>N° 52<br/>CARAYON (L.)<br/>et<br/>TOURNIER-<br/>LASSERVE (Ch.)<br/>dans la thèse de<br/>GUESSENND (G.)<br/>1962<br/>(à forme associée<br/>à appendicite)</p> | <p>Homme adulte.<br/>Amibiase connue.</p>                        | <p>Syndrome appendicu-<br/>laire.</p>                                                                                       | <p>Amputation partielle du<br/>cæcum.</p> |
| <p>N° 53<br/>CARAYON (L.)<br/>et<br/>TOURNIER-<br/>LASSERVE (Ch.)<br/>dans la thèse de<br/>GUESSENND (G.)<br/>1962<br/>(à forme associée<br/>à appendicite)</p> | <p>Homme adulte.<br/>Appendicectomie<br/>un mois auparavant.</p> | <p>Syndrome douloureux<br/>de la FID.<br/>Plastron de la FID.</p>                                                           |                                           |

| <i>Diagnostic<br/>évoqué</i> | <i>Amibes</i> |               | <i>Traitement</i>                          |                                                                                                                                     | <i>Evolution</i>                        |                  |
|------------------------------|---------------|---------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------|
|                              | <i>selles</i> | <i>coupes</i> | <i>médical</i>                             | <i>chirurgical</i>                                                                                                                  | <i>immédiate</i>                        | <i>lointaine</i> |
|                              |               | +             | Tt.<br>post-<br>opératoire :<br>Emétine AB | Intervention<br>(tumeur<br>cæco-ascendant<br>perforation<br>du côlon<br>ascendant,<br>abcès<br>para-cæcal)<br>Cæcotomie<br>Drainage | ?                                       |                  |
|                              |               |               | Emétine ?                                  | Intervention<br>(tumeur<br>cæco-<br>ascendant,<br>perforation<br>de la jonction<br>iléo-cæcale)                                     |                                         |                  |
|                              |               | +             | Emétine ?                                  | Intervention<br>(cæcum perforé)<br>Hémi-colectomie                                                                                  |                                         |                  |
|                              |               |               | Emétine<br>post-<br>opératoire             | Intervention<br>(tumeur cæcale<br>appendice<br>hyperhémie)<br>Appendicec-<br>tomie                                                  | Désunion<br>de la plaie<br><br>Guérison |                  |
|                              |               |               | Emétine<br>post-<br>opératoire             | Intervention<br>(abcès<br>péricæcal<br>autour<br>d'un abcès)<br>Drainage                                                            | Guérison                                |                  |

| N°<br>d'observation<br>Auteurs                                                                                                                              | Antécédents                                                                                                                                      | Symptomatologie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Radiologie                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>N° 54</p> <p>FÉLIX (H.),<br/>MAS (J.P.),<br/>LABROUSSE (G.)<br/>et<br/>LOUAIL (G.)<br/>dans la thèse de<br/>MARSY (A.)<br/>1962<br/>(à double siège)</p> | <p>Homme 30 ans.<br/>Autrichien.<br/>Séjour en Extrême-<br/>Orient.<br/>Dysenterie amibienne<br/>(émétine).</p>                                  | <p>Douleurs de l'hypocon-<br/>dre droit : brûlures.<br/>Diarrhée impérieuse.<br/>(3-4 selles 24 heures).<br/>Anorexie légère.<br/><i>Puis :</i><br/><i>Accentuation des signes</i><br/>Selles sanglantes.<br/>Tuméfaction de l'hypo-<br/>condre droit constaté<br/>par le malade.<br/>Irradiation para-ombili-<br/>cale droite des douleurs<br/><i>Enfin :</i><br/>Crises douloureuses de<br/>la FID et de l'hypo-<br/>condre droit à type<br/>de torsion, liées aux<br/>mouvements et à la marche<br/>Nausées. Sueurs.<br/>Tachycardie.<br/>Etat général médiocre.<br/>Anorexie +++.<br/>Amaigrissem. ++ (6kg).<br/>Température : 38°.<br/>Tuméfaction de l'hypo-<br/>condre droit variable<br/>d'un examen à l'autre.</p> | <p>Aspect marécageux de<br/>l'angle hépatique<br/>(mal injecté).<br/>Amputation du bas-<br/>fond cæcal.<br/>Appendice dilaté.<br/>Dilatation des derniè-<br/>res anses iléales.</p> |
| <p>N° 55</p> <p>EMERY (M<sup>lle</sup> M.A.)<br/>1962<br/>(à forme occlusive)</p>                                                                           | <p>Homme 26 ans.<br/>Européen.<br/>Pas de séjour tropical.<br/>Jamais de troubles<br/>digestifs.<br/>Appendicectomie.</p>                        | <p>Douleurs épigastriques<br/>« coup de poignard ».<br/>Irradiation dans la FID<br/>Transit normal.<br/><i>Depuis 2 jours :</i> Arrêt<br/>des matières et des gaz.<br/>Pas de vomissements.<br/>Etat général bon.<br/>Température : 37,5°.<br/>Tuméfaction de la FID.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>Cæcum mal injecté,<br/>irrégulier.<br/>Amputation du bas-<br/>fond cæcal.</p>                                                                                                    |
| <p>N° 56</p> <p>SERAFINO (X.)<br/>NOSNY (P.)<br/>et<br/>DIOUF (B.) 1963</p>                                                                                 | <p>Homme. Vietnamiens.<br/>Laparotomie pratiquée<br/>quelques jours aupa-<br/>ravant pour plaie par<br/>balle a montré un<br/>intestin sain.</p> | <p>Syndrome douloureux<br/>aigu de la FID.<br/>Tuméfaction diffuse de<br/>la FID.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                     |
| <p>N° 57</p> <p>DELAHAYE (R.P.),<br/>JOLLY (R.), LAABAN (J.)<br/>et BOURSQUOT (P.) 1964<br/>(à forme occlusive)</p>                                         | <p>Homme 31 ans.<br/>Amibiase.</p>                                                                                                               | <p>Syndrome de Koenig.<br/>Tuméfaction de la FID.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>Image lacunaire circu-<br/>laire.</p>                                                                                                                                            |
| <p>N° 58</p> <p>DELAHAYE (R.P.)<br/>JOLLY (R.), LAABAN (J.)<br/>et BOURSQUOT (P.) 1964<br/>(à double siège)</p>                                             | <p>Homme 31 ans.<br/>Séjour : Indochine,<br/>Maroc,<br/>Madagascar.<br/>Dysenterie amibienne.</p>                                                | <p>Syndrome douloureux<br/>épigastrique.<br/>Amaigrissement.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>Images de double<br/>tumeur :<br/>1. cæco-ascendant,<br/>2. angle gauche.</p>                                                                                                    |

| Diagnostic<br>évoqué | Amibes |        | Traitement                                   |                                                                                                                                                      | Evolution                                           |                                                                                     |
|----------------------|--------|--------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                      | selles | coupes | médical                                      | chirurgical                                                                                                                                          | Immédiate                                           | lointaine                                                                           |
|                      |        |        | Emétine<br>(60 cg)                           |                                                                                                                                                      | Guérison<br>locale<br>et générale                   |                                                                                     |
| Cancer               |        | +      | Tt.<br>post-<br>opératoire ;<br>Emétine ? AB | Intervention<br>(tumeur cœcale<br>adénopathies)<br>Hémi-colectomie<br>Anastomose<br>iléo-transverse<br>latéro-latérale<br>Péritonisation<br>Drainage | Hémorragies<br>intestinales<br>bénignes<br>Guérison | Occlusion<br>intestinale<br>Tt. médical<br>plus Emétine,<br>Terramycine<br>Guérison |
| Appendicite          |        |        | Emétine<br>post-<br>opératoire               | Intervention<br>(amœbome,<br>cæcum épaissi<br>avec abcès)<br>Mise à plat<br>des abcès                                                                | Guérison                                            |                                                                                     |
|                      |        |        | Emétine<br>pré-<br>opératoire                | Hémi-colectomie<br>secondaire                                                                                                                        | Pas<br>de modification<br>radiologique              |                                                                                     |
|                      |        | +      | Emétine<br>pré-<br>opératoire                | Cure<br>chirurgicale<br>secondaire                                                                                                                   | Guérison<br>clinique<br>Persistance<br>radiologique |                                                                                     |



## CHAPITRE III

### GENERALITES

#### I. — Définition.

Lasnier parle de pseudo-tumeur inflammatoire d'origine amibienne.

Les Anglo-saxons adoptent le terme de « *Amebic granuloma* », granulome amibien, pour replacer ces tumeurs dans le cadre de tumeurs inflammatoires et d'origine amibienne.

Ochsner et De Bakey, en 1945, emploient le néologisme d' « *Amœbome* » pour désigner les formes inflammatoires tumorales dues à l'amibiase. Dans cette définition est incluse même une autre lésion d'origine amibienne, le *polype amibien* du recto-sigmoïde.

Or, depuis les travaux de Lasnier, de Desjardins, de Montel, de Huard, de Parodi, de Carayon et ses collaborateurs, de Félix, on entend sous ce terme, un processus tumoral réactionnel pariéto-colique localisé, intéressant la totalité de la paroi de l'intestin, dû à l'amibiase, excluant ainsi les formations polypoïdes qui n'intéressent que les couches profondes de la paroi, pour ne garder que les granulomes inflammatoires coliques d'origine amibienne sous forme de tumeur palpable et de sténose.

#### II. — Race.

Il ne semble pas qu'il y ait une particulière préférence de race. La plus grande fréquence en hommes de couleur semble due à la topographie des foyers de plus haute endémie amibienne.

On peut affirmer que toutes les races sont susceptibles d'être atteintes et quelle que soit la latitude comme le prouve *notre statistique* établie sur 54 cas (53 plus notre cas).

|                                              |      |
|----------------------------------------------|------|
| ASIATIQUES (Moyen et Extrême Orient) . . . . | = 17 |
| AFRICAINS (Afrique Noire et du Nord) . . . . | = 12 |
| EUROPEENS . . . . .                          | = 24 |
| ANTILLAIS . . . . .                          | = 1  |
| <hr/>                                        |      |
| <i>Total</i> . . . . .                       | = 54 |

Par le choix d'observations recueillies uniquement dans la littérature de langue française, le chiffre élevé, constaté chez les Européens, est justifié par la plus grande fréquence de séjours effectués par ces derniers dans les zones endémiques ou par un des membres de leur famille (notre obs., obs. 12). Toutefois nous notons deux observations (n<sup>os</sup> 32, 55) où l'enquête étiologique ne permet de dépister aucune source de contamination. Ces quatre cas représentent l'amibiase dite « *autochtone* » par opposition à l'amibiase « *importée* » qui se voit chez les sujets ayant effectué un séjour dans les pays d'endémicité amibienne.

Cependant, Becmeur, Lafferre et Lamotte auraient constaté une immunité relative des Marocains vis-à-vis du parasitisme amibien, dans leur étude sur les ouvriers, se traduisant par trois faits :

- rareté des syndromes dysentériques ;
- rareté du phénomène de la « seconde selle » caractéristique de la dysenterie chronique.
- rareté des complications dues à l'amibiase, notamment hépatiques.

Les formes aiguës s'observent volontiers en Indochine, tandis que les formes bénignes au Levant, en Afrique Occidentale ex-française, en Afrique-du-Nord et surtout en Métropole. Cette différence, comme on pourrait penser, est due à divers facteurs qui, en diminuant les résistances générales et locales de l'individu, favorisent la pathogénécite de l'amibe, et probablement aussi à la flore microbienne.

### III. — Age et Sexe.

Delahaye, Jolly, Laaban et Boursiquot, *sur une étude de 59 cas d'amœbome* relevés de la *littérature mondiale*, soulignent le fréquence chez *l'homme* et ce, l'homme adulte entre 22 et 50 ans.

Quant à leurs 4 cas personnels, la totalité se voit chez l'homme dont l'âge se situe entre 20 et 39 ans.

*Analyse de 59 cas* (Delahaye et coll.).

| AGE                | sexe     |         | TOTAL |
|--------------------|----------|---------|-------|
|                    | MASCULIN | FÉMININ |       |
| 0 à 20 .....       | —        | —       | —     |
| 21 à 30 .....      | 17       | 1       | 18    |
| 31 à 40 .....      | 14       | 4       | 18    |
| 41 à 50 .....      | 11       | —       | 11    |
| 51 à 60 .....      | 8        | —       | 8     |
| 61 à 70 .....      | 2        | 1       | 3     |
| 71 à 80 .....      | —        | 1       | 1     |
| <i>Total</i> ..... | 52       | 7       | 59    |

SUR 51 CAS DANS NOTRE STATISTIQUE, tirés de la littérature de langue *française* intéressant exclusivement le siège cœcal, nous retrouvons la même proportion que celle dans le tableau ci-dessus, une différence est que l'atteinte se voit même chez *l'enfant de 3 ans* (obs. 44).

| AGE                | sexe     |         | TOTAL |
|--------------------|----------|---------|-------|
|                    | MASCULIN | FÉMININ |       |
| 0 à 20 .....       | 3        | 0       | 3     |
| 21 à 30 .....      | 18       | 1       | 19    |
| 31 à 40 .....      | 12       | 3       | 15    |
| 41 à 50 .....      | 8        | 1       | 9     |
| 51 à 60 .....      | 4        | 0       | 4     |
| 61 à 70 .....      | 0        | 1       | 1     |
| <i>Total</i> ..... | 45       | 6       | 51    |

*Age minimum* : 3 ans.

*Age maximum* : 65 ans.

*Les chiffres de la statistique sur 14 cas personnels de Ferrara* (Italie) se répartissent d'une façon à peu près identique aux nôtres, mais avec une légère diminution dans la tranche 40-60 ans.

1°) *Age :*

|                              |       |
|------------------------------|-------|
| — au-dessous de 20 ans ..... | 3 cas |
| — entre 20 et 40 ans .....   | 9 cas |
| — entre 40 et 60 ans .....   | 2 cas |
| — au-dessus de 60 ans .....  | 0 cas |

*Age minimum :* 12 ans

*Age maximum :* 58 ans

2°) *Sexe :*

|                  |        |
|------------------|--------|
| — Masculin ..... | 12 cas |
| — Féminin .....  | 2 cas  |

Mais, sur 92 cas tirés de la littérature mondiale, Radke (U.S.A.) a noté une nette augmentation de fréquence dans la tranche 40-60 ans, constatée aussi après 60 ans, par rapport aux statistiques précédentes.

1°) *Age :*

|                              |        |
|------------------------------|--------|
| — au-dessous de 20 ans ..... | 1 cas  |
| — entre 20 et 40 ans .....   | 17 cas |
| — entre 40 et 60 ans .....   | 41 cas |
| — au-dessus de 60 ans .....  | 3 cas  |

2°) *Sexe :*

|                  |        |
|------------------|--------|
| — Masculin ..... | 84 cas |
| — Féminin .....  | 8 cas  |

Donc, à travers les chiffres de ces différentes statistiques choisies en raison de leur caractère récent, il apparaît clairement que l'âge préféré de l'amœbome se situe *entre 20 et 40 ans* et que le sexe est de loin *masculin*.

#### IV. — Fréquence.

Malgré le nombre de cas publiés dans la littérature mondiale, l'amœbome, sans être une rareté, constitue une complication *exceptionnelle* de l'amibiase colique, si l'on considère le nombre colossal d'amibiens qu'il y a de par le monde.

Patel, Viguié et Lataste, en 1956, évaluent à 130 environ le nombre de publications dans le monde *d'amœbomes de toutes localisations*.

Radke, la même année, a un nombre moindre, 119 cas.

En Indochine, Blanc et Siguier, sur 2 000 amibiens traités, n'ont relevé que 3 cas, chiffre retrouvé dans la même proportion par Félix en milieu militaire.

Mais Secret, au Maroc, aurait observé 3 à 4 *amœbomes* chaque année à l'Hôpital Cocard. Enfin, récemment dans sa thèse, Marsy a fixé à une trentaine de cas au maximum publiés depuis les trente dernières années.

Parmi les localisations de l'amœbome, le *cæcum* est de loin le plus souvent atteint, ainsi que le prouvent les statistiques de Radke (1956 : 36 %), de Ferrara (1960 : 56 %), de Delahaye et ses collaborateurs (1964 : 52 %).

Avec un cas personnel, nous estimons à 59 le nombre *d'amœbomes cæcaux* publiés dans la littérature de langue française depuis 1924 jusqu'à ce jour.

## V. — Localisations.

Un certain nombre de caractéristiques de l'amibiase intestinale réside dans son atteinte quasi-exclusive du gros intestin et son respect du grêle.

### 1. Intégrité de l'intestin grêle.

Contrairement à la dysenterie bacillaire et à l'iléite terminale de Crohn, l'amibiase atteint *exceptionnellement* l'intestin grêle. Cette notion frappante a été soulignée par Le Dantec qui a constaté sur certaines pièces anatomiques l'intégrité de la face iléale de la valvule de Bauhin contrastant avec la face cæcale parsemée d'ulcérations dysentériques.

Delahaye et ses collaborateurs n'ont jamais observé radiologiquement l'atteinte de la dernière anse au cours de l'amibiase.

Cependant, cette éventualité n'est pas impossible puisque nous avons pu noter dans la thèse de Diez, un cas où l'amœbome siège au niveau de la dernière anse iliale, se compliquant d'occlusion.

## 2. Atteinte quasi-exclusive du gros intestin.

C'est une notion très connue des anatomo-pathologistes et des radiologues. Toutefois, il existe des divergences quant aux zones électives de répartition des lésions selon les auteurs et les territoires endémiques considérés, comme le montrent les statistiques de Radke (1956), de Ferrara (1960) et de Delahaye et ses collaborateurs (1964).

Radke (1956), dans sa *revue générale*, a pu réunir 119 cas d'amœbome de la littérature mondiale dont le siège se répartit de la façon suivante :

|                          |        |
|--------------------------|--------|
| — cæcum .....            | 43 cas |
| — côlon ascendant .....  | 11 cas |
| — côlon transverse ..... | 11 cas |
| — côlon descendant ..... | 6 cas  |
| — sigmoïde .....         | 48 cas |
| — sièges multiples ..... | 15 cas |

Ferrara (1960), à propos de 25 *cas personnels*, a un chiffre bien moindre en ce qui concerne la localisation sigmoïdienne.

|                          |        |
|--------------------------|--------|
| — cæcum .....            | 14 cas |
| — côlon ascendant .....  | 3 cas  |
| — côlon transverse ..... | 5 cas  |
| — côlon descendant ..... | 0 cas  |
| — côlon sigmoïde .....   | 1 cas  |
| — rectum .....           | 1 cas  |
| — mésentère iléal .....  | 1 cas  |

Delahaye, Jolly, Laaban et Boursiquot (1964), dans leurs études analytiques des zones de répartition de l'amœbome sur un total de 110 *cas personnels et de la littérature*, ont dressé un tableau de cette manière :

|                                                           |        |
|-----------------------------------------------------------|--------|
| — cæcum et ascendant .....                                | 58 cas |
| — côlon recto-sigmoïde .....                              | 22 cas |
| — côlon transverse .....                                  | 23 cas |
| — côlon descendant et jonction<br>côlo-sigmoïdienne ..... | 7 cas  |

Leurs 4 cas personnels se répartissent ainsi :

|                                                                 |       |
|-----------------------------------------------------------------|-------|
| — transverse .....                                              | 2 cas |
| — cæco-ascendant .....                                          | 1 cas |
| — double localisation côlon<br>descendant et angle gauche ..... | 1 cas |

Ainsi, si nous confrontons les chiffres de ces trois statistiques, nous concevons que la localisation de l'amœbome prédomine aux *deux pôles du côlon* : le *ccum d'abord et ensuite le recto-sigmoïde*.

Plus rares sont les localisations sur le transverse (Baraldi, Cropper, Marsden, Lugagne) et surtout sur le côlon descendant et la jonction colo-sigmoïdienne (Félix, 2 observations de Dissard, observations de Santy et Morenas, de Golberg et Steigman).

Cette considération, par ailleurs, est justifiée sur le plan clinique où le maximum de symptômes siège à la partie inférieure du gros intestin et dans la région ccale (Blanc et Siguier).

### 3. Pour quelles raisons l'amibiase prédomine-t-elle sur le gros intestin et plus précisément sur le ccum et le recto-sigmoïde ?

Sur le plan étio-pathogénique, le déterminisme de ces localisations quasi-exclusives sur le gros intestin réside dans le rôle de la barrière épithéliale moins résistante, de la moindre vitalité de la muqueuse à ce niveau. Pour expliquer la prédominance des lésions au niveau du côlon et du recto-sigmoïde, il est fort probable qu'il y a dans ces portions de l'intestin, d'une part, le rôle de la stase, et d'autre part, la fréquence des poussées successives à cause de leur richesse en vaisseaux, et enfin le rôle de la *flore bactérienne associée* (Blanc et Siguier).

## VI. — Nombre d'Ambomes.

L'amœbome est généralement *unique*, mais il peut être multiple, bien que ce soit très rare (obs. de Rachet, Busson et Arnous-Jourde, 2 obs. dans la thèse de Dissard, obs. de Stempien et Wilkins citées dans la thèse de Dissard, obs. de Delahaye et coll., obs. de Augé et Viennot-Bourgin, obs. de Hervé, Courson, Parodi et Piganiol, obs. de Félix et coll.).

Dans l'ensemble de nos observations nous avons relevé seulement :

— 2 cas de *double* localisation (obs 54 - 58)

— 2 cas de *triple* localisation (obs 4 - 33)

Spicknall et Pierce n'ont relevé que 25 cas de sièges multiples publiés. Dans l'immense majorité des cas, il s'agit de localisations doubles, parfois d'un amœbome associé à une polypose rectale.

## VI. — Physiopathogénie de l'Amœbome.

Nous ne faisons ici qu'un simple rappel de la genèse de l'amœbome. Celle-ci fait intervenir le rôle de l'agent agresseur et la réaction de défense de l'organisme vis-à-vis de l'agression.

### 1. Agent agresseur : souche amœbo-bactérienne.

L'amibe pathogène associe les lésions d'irritation et de nécrose tissulaire à son contact. Elle est responsable des lésions primaires intestinales rapidement ulcérées. Mais son action isolée n'explique pas la diversité des lésions et, d'ailleurs, le fourmillement d'amibes dans les lésions ne se vérifie pas dans tous les cas.

En fait, depuis les travaux des dernières années, tous les auteurs sont d'accord sur l'association étio-pathogénique de *l'amibe avec la flore intestinale* qui est prédominante dans le développement de la tumeur au même titre que dans le passage de l'amibiase parasitose à l'amibiase maladie. On parle de *complexe amœbo-bactérien*.

### 2. Mécanisme lésionnel.

Dans la formation de la tumeur, l'amibiase n'a qu'un rôle déclenchant. Tous les auteurs modernes croient au rôle prédominant de l'infection secondaire locale accompagnant l'amibiase dans le développement du granulome amibien (Blanc et Siguier, thèse de Dissard, thèse de Marsy).

L'amibe, par son action cytologique classique, détermine la nécrose locale primaire à répétition.

L'ulcération, largement ouverte dans la lumière intestinale, provoque une réaction œdémateuse et cellulaire importante. Le passage d'une telle lésion à la chronicité, qui ne peut guérir par réinfestations succes-

sives, entraîne un processus réactionnel qui peut, soit se limiter à la muqueuse sous forme de *polype*, soit, au contraire, s'étendre à toute l'épaisseur de la paroi pour prendre le type *hypertrophique tumoral* (amœbome).

### 3. Comment expliquer le caractère limité de la tumeur.

La tumeur est localisée mais le reste du côlon présente différentes atteintes microbiennes ulcératives, micro-abcès, cicatrices.

Le cæcum et le recto-sigmoïde sont de véritables « réservoirs de parasites » pour des raisons mécaniques de stase et de distension à ce niveau, où l'amibe se réfugie à l'état saprophyte. Si l'équilibre du milieu intestinal est rompu, l'amibe qui est en puissance de pathogénécité, acquiert alors sa virulence suivant le degré de déséquilibre du milieu :

- si le déséquilibre est grand, la virulence est maxima et on a alors un épisode dysentérique, la réaction de défense étant débordée ;
- si le déséquilibre est minime, l'atteinte se fait à bas bruit, l'organisme ayant le temps de se défendre et on a un granulome amibien qui grossit et se remanie au gré des poussées successives pour donner finalement naissance à l'amœbome.



## CHAPITRE IV

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les ulcérations primaires amibiennes non traitées ou insuffisamment traitées passent à la chronicité. Cette dernière pourrait éventuellement, après quelques mois à plusieurs années après la primo-infestation, donner naissance à une hyperplasie pariétale colique diffuse, rarement généralisée mais le plus souvent localisée : *l'amœbome*.

Sous ce chapitre, il convient d'étudier successivement :

- *Caractères macroscopiques.*
- *Caractères microscopiques.*

#### I. — Caractères macroscopiques.

Les tumeurs inflammatoires amibiennes sont le plus souvent volumineuses, de type segmentaire, limitées à une portion souvent étendue. C'est un bloc tissulaire de contour mal circonscrit, déterminé par l'hypertrophie tissulaire intéressant toute la paroi colique, à l'origine de la sténose colique, soit sténose tubulaire, soit sténose annulaire. Elles adhèrent aux organes voisins et peuvent même les envahir (Carayon et Tournier-Lasserve).

Elles peuvent s'accompagner d'adénopathies satellites volumineuses.

Ferrara, récemment, classe ces tumeurs en six formes :

- *ulcéro-granulomateuse ;*
- *hyperplasique ;*
- *abcédée ;*
- *mixte ;*
- *polypoïde ;*
- *nodulaire systémique de « Ajello ».*

Carayon et Tournier-Lasserve ont préféré réunir anatomiquement ces lésions amibiennes sous deux rubriques, les intermédiaires existant entre les deux extrêmes :

- *la forme tumorale ;*
- *la forme inflammatoire.*

1. — LA FORME TUMORALE ou « amœbome vrai de Huard ».

Elle est caractérisée essentiellement par la réaction hyperplasique des parois qui deviennent dures, cartonnées, fibreuses, lardacées et de couleur blanc nacré.

La lumière intestinale est rétrécie mais parfois dépourvue d'ulcérations de la muqueuse et d'amibes.

La séreuse péritonéale est épaissie, « boursoufflée ».

2. — LA FORME INFLAMMATOIRE ou « amœbome inflammatoire de Huard ».

Contrairement aux formes précédentes, on assiste à la prédominance des lésions extensives, ulcératives et nécrotiques intra-tumorales.

Le processus réactionnel secondaire peut s'étendre à toute la paroi colique sous le type tumoral avec tout son contexte évolutif, à l'origine des foyers nécrosés et suppurés.

## II. — Caractères microscopiques.

Les coupes histologiques montrent l'importance du *processus réactionnel hypertrophique* avec néoformation fibroblastique exubérante dite scléro-hypertrophique très riche en infiltration éosinophilique et discrète nécrose punctiforme « colliquative » (Ferrara).

Ces aspects correspondent aux deux phases anatomiques du processus hyperplasique avec tous les intermédiaires.

1. — L'AMCEBOME VRAI DE HUARD correspond à l'importance de la scléro-lipomatose hypertrophique intéressant la musculuse et la séreuse.

2. — L'AMCEBOME INFLAMMATOIRE DE HUARD correspond à la prépondérance de l'infiltration inflammatoire avec des plasmocytes, des lymphocytes et des éosinophiles qui prédominent dans la sous-muqueuse, et du processus ulcéro-nécrotique.

Ainsi, on ne peut reconnaître la structure normale de la paroi colique à l'examen microscopique. A la place des tissus normaux, on trouve les ulcérations importantes par nécrose, le tissu de granulation et ultérieurement la fibrose.

Les parasites sont sous la forme d'*Entamoeba histolytica* hémato-phage pathogène (Lasnier, Baraldi, Habibi). Ils sont très difficiles à mettre en évidence ; on les trouve, généralement, au niveau des plaques de la muqueuse et dans la sous-séreuse, dispersés ou groupés en colonies. Cette dernière éventualité expliquerait la négativité de la biopsie.

Suivant qu'il existe ou non des amibes, Huard distingue :

- les tumeurs amibiennes avec présence d'amibes dans les pièces histologiques (amœbome vrai de Huard) ;
- les tumeurs inflammatoires chez les amibiens chroniques (amœbome inflammatoire de Huard).

### III. — Spécificité de ces tumeurs.

Du point de vue macroscopique, le diagnostic se pose essentiellement avec les tumeurs malignes. Les éléments histologiques sont communs à tous les granulomes inflammatoires ; on retrouve constamment une association d'une infiltration inflammatoire lymphocytaire et d'une hyperplasie du tissu conjonctif. Certains auteurs pensent que la découverte d'une *éosinophilie* au niveau de la tumeur serait une preuve de sa nature réactionnelle vis-à-vis d'un corps étranger amibien et de la réaction allergique en présence d'amibe (Ferrara, Bonin, Parodi).

Mais l'étude des différentes tumeurs inflammatoires a montré qu'il existe toujours cette éosinophilie qui n'est autre que le témoin d'un phénomène d'Arthus et de Schwartzmann. Seule, la présence d'amibes serait spécifique à la tumeur amibienne. « Leur découverte sur les coupes tumorales intéressant des micro-abcès nécrotiques donne la preuve formelle, ou probable quand elle est retrouvée dans les ulcérations de la muqueuse voisine, ou possible si les kystes ou les amibes ne sont présents que dans le reste du gros intestin ». (Carayon et Tournier-Lasserve).



## CHAPITRE V

### ETUDE CLINIQUE

Il serait beaucoup trop restreint d'enfermer dans le cadre étroit de la triade symptomatique des dysenteries tropicales — douleurs coliques, tenesme et épreintes — tous les méfaits de l'amibiase intestinale.

Celle-ci est devenue une affection fréquente, rencontrée sous tous les climats, caractérisée par *le polymorphisme* considérable des manifestations digestives et extra-digestives.

La rechercher partout et toujours, la soupçonner derrière toute affection aiguë ou chronique de l'intestin qui ne fait pas sa preuve, telle doit être aujourd'hui notre ligne de conduite.

En nous basant sur les 59 observations précédemment rapportées, nous avons cherché à brosser le tableau *clinique, radiologique, thérapeutique de l'amœbome cæcal*.

#### A. - LES CONDITIONS D'APPARITION

Les conditions favorisant le développement d'amœbome sont multiples mais schématiquement nous les ramenons à trois :

- 1° Amibiase parfaitement connue et traitée mais avec résultats nuls ou incomplets : 19 cas sur 59.
- 2° Dysenterie reconnue mais non vérifiée amibienne : 14 cas.
- 3° Amibiase de première atteinte méconnue, se manifestant d'emblée sous forme tumorale : 7 cas.

## B. - LA SYMPTOMATOLOGIE

Les trois ordres de symptômes que nous allons aborder, *digestifs*, *généraux* et *neuro-végétatifs*, ne sont pas obligatoirement réalisés au complet chez un même amibien. Mais si l'interrogatoire est insistant, il est rare qu'on ne retrouve pas quelques symptômes frustes de l'un ou de l'autre groupe.

*Sur le total de 59 cas nous avons :*

|                                                                                                         |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| — douleurs abdominales (amœbomes simples<br>ou compliqués) .....                                        | 47 fois |
| — diarrhée .....                                                                                        | 16 fois |
| — constipation .....                                                                                    | 4 fois  |
| — alternances de diarrhée et de constipation ..                                                         | 1 fois  |
| — altération de l'état général<br>(amaigrissement, anorexie, asthénie,<br>pâleur, déshydratation) ..... | 20 fois |
| — nausées .....                                                                                         | 3 fois  |
| — vomissements .....                                                                                    | 9 fois  |
| — fièvre .....                                                                                          | 15 fois |

### I. — Les troubles digestifs.

Les signes fonctionnels digestifs rappellent ceux de l'amibiase chronique ou de ses poussées aiguës par :

- les douleurs abdominales,
- la diarrhée prédominante,
- la constipation prédominante,
- l'alternance de diarrhée et de constipation.

#### 1. Les douleurs abdominales.

Elles sont constantes et retrouvées 47 fois dans nos 59 observations, totalisant les formes simples de l'amœbome et ses complications (occlusion, péritonite).

Ces douleurs revêtent l'aspect variable allant de la simple *pesanteur* (obs. 15 - 24) au « *coup de poignard* » (obs. 32 - 55). Le plus souvent, elles évoluent sur le mode continu mais parfois sous forme de coliques (notre obs., obs. 1, 7, 22, 27) ou par crises paroxystiques, accompagnées de nausées ou de vomissements, de gargouillement et de ballonnement abdominal réalisant le véritable syndrome de Kœnig au niveau de l'amœbome, traduisant l'obstruction au stade avancé (obs. 8, 34, 57).

Leur siège est en général au niveau de la *fosse iliaque droite*, mais il peut être dans l'hypocondre droit (obs. 11, 13, 54), le flanc droit (obs. 9, 25, 30), la région épigastrique (obs. 2, 32, 33, 46, 55, 58), la région hypogastrique (obs. 18) ou la partie inférieure de l'abdomen (obs. 14).

Dans la majorité des cas elles restent localisées, mais elles peuvent être diffuses dans tout l'abdomen, d'emblée ou secondairement à partir de la fosse iliaque droite (obs. 9), ou s'irradier de l'hypocondre droit, du flanc droit vers la fosse iliaque droite et les membres inférieurs (obs. 25), de la fosse iliaque droite vers la région para-ombilicale (obs. 54) ou vers la région lombaire (obs. 28).

Eventuellement, elles peuvent s'accompagner de nausées ou de vomissements, de ballonnement et de météorisme abdominal, de corde colique ou de légère défense pariétale.

Elles sont spontanées, mais certains facteurs peuvent les provoquer (streptomycine : obs. 46).

La simple palpation peut réveiller les douleurs et, exceptionnellement, des contractions péristaltiques (obs. 42). Parfois la marche, l'effort ou la station debout représentent le facteur déclenchant (obs. 24, 54).

## 2. La diarrhée prédominante.

Les selles sont fréquentes, émises 4 - 5 fois ou même 7 - 8 fois (obs. 30) dans le cours des 24 heures, avec des intervalles variables, primitives ou déclenchées à l'occasion de minimes causes.

Elles sont pâteuses, volontiers *glaireuses et sanguinolentes* (11 fois dans nos observations), non moulées, molles, évoquant parfois l'aspect en « bouse de vache » (obs. 9, 10, 27).

Elles peuvent être également afécales, sous forme de crachats dysentériques, de « selles en purée », jaunâtres, grisâtres, ou ardoisées, de diarrhée brune ou selles bilieuses.

Leur émission peut s'accompagner de douleurs, de tenesme, et d'épreintes classiques (obs. 6, 22).

Le syndrome diarrhéique est rebelle au traitement banal, tenace, et peut persister plusieurs mois, voire même plusieurs années.

### 3. La constipation prédominante.

Elle est plus rare. Le malade émet tous les quatre - cinq jours environ des selles dures, véritable « *moule rectal* », gros, irrégulier et vernissé.

En général, leur expulsion ne s'accompagne d'aucune douleur ; mais dans le cas de constipation marquée, des douleurs abdominales vagues peuvent être ressenties par le malade.

Malgré une envie constante et continuelle de défécation causée par l'irritation intestinale permanente, ces amibiens n'ont à aucun moment une sensation d'avoir une exonération complète, signe qui est aussi retrouvé dans l'interrogatoire des porteurs de cancer recto-sigmoïdien (Professeur Bertrand).

### 4. L'alternance de diarrhée et de constipation.

C'est une éventualité exceptionnelle. L'état de constipation s'installe progressivement et ensuite viennent entrecouper, avec un rythme assez régulier, les débauches diarrhéiques de deux à trois jours.

### 5. Les autres troubles digestifs.

L'amibien peut présenter des symptômes digestifs trompeurs : troubles dyspeptiques hypersthéniques (obs. 20), intolérance alimentaire évoquant l'insuffisance hépatique (obs. 25), pesanteur postprandiale (obs. 27).

## II. — Les troubles de l'état général.

L'amibien chronique est volontiers un *amaigri avec dystonie neuro-végétative*.

### 1. Le faciès.

D'abord ocreux, le faciès prend ensuite un teint d'un jaune sale, le teint « patate » typique des anciens auteurs (notre obs.).

## 2. L'anorexie.

Le sujet perd progressivement l'appétit et de ce fait devient amaigri.

## 3. L'amaigrissement.

En général, il est modéré, mais dans notre observation personnelle la perte de poids est très importante, 15 kg en six mois, et aussi dans deux autres cas, respectivement 15 kg en un an (obs. 27) et 5 kg en quelques semaines (obs. 33) orientant ainsi le diagnostic vers le cancer du côlon.

Mais en pratique, l'amaigrissement de cette importance semble ne se voir qu'en milieu exotique car le rapatriement amène toujours une reprise pondérale (thèse de Dissard, de Guessennnd).

## 4. L'asthénie.

Elle est sous toutes ses formes, *physique, psychique, intellectuelle*, au réveil comme après l'effort. Elle peut être considérable et n'est nécessairement pas en relation avec l'amaigrissement.

Crosnier incrimine le rôle de l'insuffisance surrénalienne dans cet état, en raison de l'hypotension qui l'accompagne. Néanmoins, c'est une éventualité très rare (Blanc et Siguier). Dans notre observation, le dosage des corticoïdes pratiqué en raison de l'hypotension (10, 5/6) est rigoureusement normal.

## 5. L'état fébrile.

La fièvre est inconstante et rarement au-dessus de 39° (15 fois sur 59). Dans notre observation, elle est accompagnée d'*arthralgies*, de *frissons* et de *sueurs*, et fait penser à un état septicémique. En général, la courbe thermique se normalise après le traitement antibiotique (obs. 54), mais parfois elle est désespérante par sa ténacité (Molinier).

## 6. L'anémie.

Habituellement, elle est modérée et se situe entre 3 - 3,5 millions (notre obs., obs. 19, 54), à type hypochrome.

### III. — Les troubles neuro-végétatifs.

Ils sont bien étudiés par Cattani et intéressent principalement les sphères :

- *psychiques*,
- *cardio-vasculaires*,
- *trophiques*.

#### 1. Psychiques.

Nombreux et variables, ils vont du plus bénin au plus grave : instabilité émotionnelle, irritabilité, colère sans cause, torpeur mentale avec perte de mémoire, angoisse, obsession, parfois vertige ou même migraine ophtalmique (obs. de Molinier). Ils se voient encore davantage après la guérison parasitaire, réalisant un véritable syndrome fonctionnel des traumatisés crâniens ou des intoxiqués à l'oxyde de carbone.

#### 2. Cardio-vasculaires.

Ce sont essentiellement la tachycardie (obs. 25, 31, 45), les palpitations cardiaques, la lipothymie, les précordialgies et même l'hypotension artérielle (notre obs.).

#### 3. Trophiques.

L'aspect desséché et écailleux de la peau des amibiens contraste souvent avec les crises de sueurs faciles.

La langue perd son humidité naturelle, les ongles sont cassants et parfois même on assiste à un véritable hippocratisme digital (Hillemand).

### C. - L'EXAMEN CHEZ L'AMIBIEN

Chez un malade qui vient pour les troubles que nous venons de décrire, il convient de rechercher le syndrome tumoral par les examens cliniques et radiologiques, puis de s'assurer de sa nature amibienne par des preuves rectoscopique et coprologique.

## I. — Le syndrome tumoral.

### 1. L'inspection.

Dans certains cas la simple inspection peut observer une *voussure* abdominale (obs. 1, 31) ou des ondes péristaltiques (obs. 35).

### 2. La palpitation de la fosse iliaque droite et de l'hypocondre droite.

Il arrive rarement aux malades de s'apercevoir de leur tumeur et de signaler son existence dès l'interrogatoire (obs. 14, 31, 41, 54) ; évoluant à *bas bruit* sans attirer leur attention, ce fut souvent une découverte de l'examen.

Ces tumeurs n'ont rien de caractéristique. En général, elles sont fixes, mais elles peuvent changer de volume d'un moment à l'autre de l'examen (Desjardins, obs. 54).

Leur dimension est variable, allant de la taille d'une noisette à celle d'une orange. Leur consistance est mollassse (obs. 5), ferme et mollassse par endroit comme du carton mouillé (obs. 19, 20, 22), dure sans être ligneuse (obs. 27) et surtout indurée (obs. 10, 11, 15, 16, 17, 19, 27, 54).

Elles sont arrondies ou ovalaires, orientées selon l'axe du cæcum, sensibles au palper, à contours bosselés, irréguliers, mal limités, adhérentes ou non au plan profond et peu mobiles en général.

Il y a normalement une défense pariétale en regard, mais l'abdomen peut être souple respirant bien (obs. 4, 31).

Dans certains cas, à la place d'une masse palpable, on sent un boudin cæcal (obs. 4, 24, 25), un cæcum empâté (obs. 29) ou tendu, épaissi (obs. 30), un plastron (obs. 47, 53) ou simplement une légère tension de la fosse iliaque droite (notre obs., obs. 46).

*Dans l'ensemble de nos observations, la palpation a objectivé :*

- 42 fois de tuméfaction de la fosse iliaque droite et de l'hypocondre droit ;
- 3 fois de boudin cæcal ;
- 1 fois de cæcum empâté ;
- 2 fois de défense de la fosse iliaque droite.

Le *foie* peut être gros ou même douloureux à l'ébranlement (obs. 9, 24, 25, 27, 42).

## II. — La radiographie.

La méthode jadis utilisée par Vallarino était *le transit* par voie haute après ingestion du produit opaque. Actuellement, en raison du peu de renseignements et des causes d'erreur multiples qu'il fournit, cette méthode doit être nécessairement complétée par le *lavement baryté*. Dans la localisation cœcale de l'amébiase, la *radio-cinématographie* peut rendre service pour affirmer la constance et la souplesse de l'image.

Nous n'avons malheureusement pas pu obtenir des renseignements complets sur les descriptions radiologiques de l'amébiome dans nos observations, nous permettant de concevoir une étude plus détaillée.

*Mais parmi les résultats des 20 examens radiologiques communiqués nous distinguons deux sortes d'images :*

- 1° l'image de la tumeur elle-même ;
- 2° les images organiques ou fonctionnelles associées :
  - a) l'image de la jonction iléo-cœcale (la valvule de Bauhin) et aspect des dernières anses iléales ;
  - b) l'image de la jonction cœco-colique ;
  - c) l'aspect du reste du gros intestin.

### 1. L'image tumorale cœcale.

Le syndrome tumoral radiologique que nous avons fréquemment rencontré se présente sous trois aspects :

- *lacunaire marginal,*
- *lacunaire central,*
- *lacunaire circulaire.*

#### a) ASPECT LACUNAIRE MARGINAL.

L'image obtenue est soit une *encoche* latérale de la lumière colique (obs. 31) de contours plus ou moins arrondis, soit sous l'aspect flou avec manque d'homogénéité du bord intestinal.

Elle persiste au cours de plusieurs examens, même après l'usage des modificateurs du comportement.

b) ASPECT LACUNAIRE CENTRAL.

Sur le cliché de face, l'image apparaît comme un défaut de remplissage du côlon (obs. 25, 27) ou une véritable *amputation du bas fond cæcal*, complète (obs. 7, 10, 26, 31, 54) ou partielle (obs. 29, 32, 52) suivant le degré de développement de la tumeur, avec un aspect clair plus ou moins arrondi de la plage colique.

c) ASPECT LACUNAIRE CIRCULAIRE.

La lumière colique devient *rétrécie* en un véritable défilé étroit et sinueux aux parois assez souples, généralement concentrique et relativement étendu (notre obs., obs. 28, 29, 30, 33).

Les contours sont parfois nets, assez réguliers, et l'image peut varier au cours de l'examen (notre obs.).

Ces images peuvent réaliser l'aspect en « cône » (notre obs., obs. 32), en « entonnoir » (obs. 30).

2. Les images organiques ou fonctionnelles associées.

a) IMAGE DE LA ZONE DE JONCTION ILÉO-CÆCALE ET DES DERNIÈRES ANSES ILÉALES.

Dans notre observation personnelle, la valvule de Bauhin présente une *lacune* claire constante déformant le bord interne du cæcum qui traduit son épaissement.

Cette image est retrouvée dans une autre observation (obs. 25) réalisant une image en « cocarde » centrée sur la valvule de Bauhin dont l'orifice est vu de face, décrite par Gandolfo-Canessa.

On peut avoir l'image d'incontinence de la valvule de Bauhin ou *image de Stierlin* (obs. 9, 26, 27, 30, 31) et de dilatation de la dernière anse iléale (notre obs., obs. 2, 30, 32) ou exceptionnellement l'image dentelée de l'anse iléale (notre obs.).

b) IMAGE DE LA JONCTION CÆCO-COLIQUE.

En dehors de l'image lacunaire tumorale, tous les signes radiologiques de *colite amibienne* peuvent se rencontrer : colite spasmodique (obs. 11, 24), spasme réactionnel de voisinage (obs. 45). Dans notre

observation, il apparaît une deuxième zone sus-cæcale canaliculaire, inextensible, formant avec l'image principale tumorale et la partie saine intermédiaire une image en « croix pectorale ».

### c) IMAGE DU RESTE DU GROS INTESTIN.

Dans notre observation personnelle, le côlon sigmoïde présente des signes inflammatoires avec imprégnation défectueuse et images légèrement spasmodiques traduisant une atteinte *bipolaire* caractéristique de l'amibiase.

## III. — La rectoscopie.

Nous n'avons obtenu aucune communication sur la pratique de cet examen dans nos diverses observations, montrant l'importance secondaire que revêt ce moyen d'investigation dans l'amibiase cæcale, contrairement à ce qu'il est pour la localisation recto-sigmoïdienne.

En dehors de notre cas personnel, seul le résultat chez le malade de Félix (obs. 54) a été signalé ; mais tout comme chez notre malade, il ne révèle aucun aspect anormal de la muqueuse en faveur de l'amibiase.

Mais il faut savoir que cet examen, quelle que soit la localisation de l'amœbome, peut déceler cependant les lésions rectales de l'amibiase et permettre le prélèvement de mucus pour la recherche extemporanée d'amibes.

Les lésions rectales, bien que n'étant pas spécifiques, possèdent plus qu'une valeur d'orientation et représentent au contraire, à notre avis, un argument de poids en faveur de l'amibiase.

## IV. — Les examens de laboratoire.

### 1. L'examen coprologique.

C'est la recherche dans les selles fraîches par l'examen direct des *amibes végétatives*, *hématophages* et des *kystes* par les méthodes d'enrichissement, nageant au milieu d'hématies.

Dans certains cas, les examens successifs ne trouvent pas d'amibes en raison de l'élimination épisodique du parasite, surtout pour les lésions haut-situées. Il faut répéter les examens à des dates plus ou moins espacées et au besoin, utiliser en dehors des périodes diarrhéiques la réactivation au sulfate de soude.

Selon Deschiens, les examens des selles doivent être poursuivis pendant 8 jours consécutifs pour pouvoir déclarer qu'un intestin est exempt de tout parasite.

Sur un total de 17 résultats d'examens pratiqués, nous les avons retrouvés :

- 8 fois négatifs (notre obs. ; obs. 6, 11, 25, 29, 31, 38, 54).
- 9 fois positifs (obs. 4, 7, 10, 26, 27, 28, 42, 58, 47).

Cet examen apporte une preuve concluante de la nature amibienne de la tumeur. Mais il faut savoir que l'absence d'amibes végétatives et kystiques dans les selles ne permet pas pour autant d'éliminer le diagnostic d'amibiase, quand le contexte clinique et radiologique est plus décisif.

## 2. L'examen hématologique.

L'hémogramme montre souvent une leucocytose avec une polynucléose élevée lors des poussées évolutives témoignant d'une atteinte simultanée amœbo-bactérienne (Carayon et Tournier-Lasserre, obs. 31, 32, 42, 47, 48, 54) et une anémie discrète par spoliation (notre obs., obs. 19, 54). Mais dans notre observation personnelle la leucocytose ne comporte pas de polynucléose.

Nous avons constaté trois observations d'éosinophilie de taux supérieur à 4 % (obs. 26, 41, 54). Si pour l'observation 54, la présence de *lamblia* est signalée, elle n'explique pas l'éosinophilie ; quant aux deux observations, 26 et 41, nous sommes dans l'ignorance de parasitoses éosinophilinogènes associées et méconnues.

## 3. L'immunologie.

Dans aucune de nos 59 observations des recherches immunologiques n'ont été pratiquées. Il serait intéressant à l'avenir de rechercher, par l'une ou l'autre méthode sérologique, y comprise l'immunofluorescence, si l'amœbome se comporte différemment de l'amibiase colique habituelle.

Il est admis unanimement que les anticorps anti-amibiens sont d'autant plus fréquents et élevés que l'amibiase est davantage tissulaire. Les anticorps se rencontrent presque toujours au cours de l'amibiase hépatique et toujours plus rarement au cours de l'amibiase colique. Est-ce un comportement immunologique différent qui aboutit pour la majorité des amibiens à rester au stade des micro-abcès muqueux et sous-muqueux ou exceptionnellement à réagir différemment et à aboutir au stade de tumeur inflammatoire envahissant toutes les tuniques de la paroi colique ?

#### D. - LES FORMES CLINIQUES

Bien que les manifestations intestinales soient largement représentées, l'amibiase ne se résume pas dans la seule dysenterie, et à plus forte raison la dysenterie tropicale classique.

Après la primo-infestation, parfois asymptomatique, elle passe à la maladie générale erratique par propagation de voisinage, par amiboémie de manière à amener un beau jour le médecin à se trouver d'emblée devant les formes métastatiques de la maladie.

Nous n'avons pas la moindre prétention dans cette partie, d'étudier tous les masques symptomatiques de l'amibiase dits « *amibiase aberrante* » ou encore « *amibiase maquillée* » — simple expression de son polymorphisme surprenant — bien connus depuis les travaux de Hillemand, de Cattani, et de Crosnier.

Mais nous voudrions insister sur certaines *formes trompeuses* que peuvent prendre l'amœbome cœcal. A l'occasion de nos 59 observations, 19 *erreurs de diagnostic* furent commises.

|                                          |        |
|------------------------------------------|--------|
| — cancer colique .....                   | 8 fois |
| — appendicite (aiguë ou chronique) ..... | 6 fois |
| — tuberculose .....                      | 5 fois |

#### I. — Les formes trompeuses.

Nous les signalons ici brièvement pour en montrer l'intérêt, mais nous insisterons au chapitre du diagnostic sur les signes qui permettent l'identification étiologique.

### 1. La forme pseudo-cancéreuse.

C'est une éventualité assez fréquente, puisqu'elle concerne 8 observations sur 59 (obs. 2, 8, 12, 28, 32, 33, 35, 55), et lourde de conséquences en raison de l'exérèse qui se veut large, curative dans tous les cas où le néoplasme est soupçonné.

Leur similitude est frappante à tous points qu'il est parfois cliniquement impossible de trancher le diagnostic. Pourtant, il y a une telle différence de traitement et de pronostic qu'il est doublement intéressant de distinguer ces tumeurs amibiennes des tumeurs malignes.

Degorce et Mouzels sont les premiers, en 1912, en Indochine, à avoir fait une résection colique segmentaire par erreur chez un malade porteur d'une tumeur iliaque indurée qu'ils croyaient d'origine néoplasique. Or l'examen de la pièce a montré les ulcérations dysentériques avec présence d'amibes.

Depuis que l'authenticité de cette forme d'amibiase a été rassurée par Desjardins en 1929, il semble que peu de malades arrivent jusqu'à la table d'opération. Mais malheureusement nos 8 cas ont subi l'intervention, la preuve amibienne n'ayant pu être apportée par les moyens classiques.

### 2. La forme pseudo-appendiculaire.

Au niveau de la fosse iliaque droite, le syndrome douloureux, parfois avec le signe de Mac Burney positif (obs. 5), peut simuler aisément l'appendicite. La distinction y est très difficile à faire d'autant plus qu'il est accompagné d'une défense pariétale rendant la tumeur inaccessible à la palpation.

Six de nos malades porteurs d'amœbome sont entrés à l'hôpital pour un tableau appendiculaire, et comme tel, ont été opérés sous l'étiquette d'abcès appendiculaire ou d'appendicite (obs. 5, 16, 35, 36, 39, 56).

### 3. La forme pseudo-tuberculeuse.

Elle intéresse 5 observations sur 59 (obs. 4, 6, 7, 24, 26). Bien des hémicolectomies ont dû être pratiquées à tort avec le diagnostic de bacilliose ; cela est dû au fait que l'amibiase se camoufle volontiers sous un tableau de troubles digestifs banaux avec, à la longue, retentissement sur l'état général.

Tous les auteurs se rendent compte de la difficulté de diagnostic différentiel entre ces deux affections, bien que leur évolution soit bien différente.

Lasnier, le premier, en 1918 en Uruguay, a signalé l'existence de cette forme d'amœbome cœcal à propos d'une observation faite sur un malade de Ricaldoni et Berta opéré pour tuberculose cœcale.

Le cas similaire, premier en date signalé en France, semble-t-il, est dû à Augé et Viennot-Bourgin, en 1935 (obs. 4) et depuis, les observations de même ordre furent successivement publiées. Presque tous les cas ont vu leur diagnostic redressé par l'intervention chirurgicale.

## II. — Les formes intriquées.

Nous voudrions dire par là qu'un ou plusieurs processus de nature *non amibienne* se trouvent intimement liés *in situ* à l'amœbome, qu'il y ait association fortuite ou passage de l'un à l'autre.

### 1. Intrication avec les diverticules.

Sur la pièce d'exérèse d'amœbome, Sérafino, Nosny et Diouf ont signalé, au sein de la masse tumorale, la présence des pseudo-diverticules résultant du pouvoir nécrosant et nécrotisant de l'amibe. Les auteurs ont conclu à l'existence des faux diverticules, des formes *intriquées* et *mixtes*, et à l'aggravation de l'évolution de la diverticulose sous l'influence de l'amibiase.

### 2. Intrication avec le cancer.

L'association intime entre l'amibiase et le cancer, tant de fois rapportée depuis la communication de Roux et Savignac faite à la Société de Gastro-entérologie en 1927 à Paris, peut aboutir à une intrication de ces deux processus, et on se demande s'il n'y a pas de relation de cause à effet entre eux. Nous reviendrons sur ce problème dans le chapitre de dégénérescence maligne de l'amœbome.

En réalité, les formes intriquées de l'amœbome sont infiniment rares puisque, au cours de nos 59 observations, nous n'avons jamais pu observer de tels cas, ni avec les diverticules, ni avec le cancer.

### III. — Les formes associées.

Il s'agit là d'une lésion de nature *amibienne* ou *non amibienne* située non plus au niveau de l'amœbome lui-même, mais à *distance*.

#### 1. Association avec l'appendicite.

Chez l'amibien, en dehors des fausses appendicites simulées par une typhlite, il existe des appendicites *amibiennes* et des appendicites *vraies*, susceptibles ou non de donner des fausses tumeurs de la fosse iliaque droite (obs. 47, 52, 53).

Ochsner et De Bakey, en faisant pratiquer chez tous les malades admis pour syndrome appendiculaire un examen coprologique, ont récolté 10 % de cas où les résultats ont permis la découverte d'amibe. Presque tous ont été guéris par l'Emétine.

L'appendicite amibienne est assez fréquente pour que Huard conseille d'envisager son diagnostic chez tous les malades souffrant de la fosse iliaque droite, et à plus forte raison si leurs antécédents étaient peu dysentériques. Mais le diagnostic facile d'appendicite amibienne en zone d'endémie serait dangereux, car il existe l'appendicite vraie chez l'amibien qui, dans ce cas, doit être opérée.

#### 2. Association avec le cancer.

L'association d'un amœbome avec un néoplasme est *exceptionnellement* signalée. Nous avons pu en observer seulement dans la littérature anglo-saxonne, un cas de Morgan où il y a la présence simultanée d'une tumeur inflammatoire amibienne sur une zone du côlon et d'un cancer sur une autre. Mais dans nos observations, nous n'avons retrouvé aucun cas d'association similaire.



## CHAPITRE VI

### EVOLUTION CLINIQUE RADIOLOGIQUE ET COMPLICATIONS

L'évolution des amœbomes cœcaux varie selon qu'ils ont été diagnostiqués ou non, et de ce fait traités ou non. Dans certains cas, ces tumeurs amibiennes peuvent rester méconnues jusqu'à l'apparition de complications.

#### A. - L'EVOLUTION SOUS TRAITEMENT EMETINIEN

Dans le cas où l'amœbome est connu et traité d'une façon spécifique et échelonnée dans le temps, l'évolution dans l'ensemble est favorable tant sur le plan local que sur le plan général. La tumeur diminue progressivement de volume pour disparaître complètement au bout de 8 à 45 jours (Maison, Vachon) selon les cas. Parallèlement, en quelques semaines, l'état général s'améliore comme en une véritable résurrection.

Cependant, quelquefois, la radiographie au contraire donne un résultat en *opposition formelle* avec la guérison clinique, car il n'y a aucune modification des images après le traitement émetinien (obs. 57, 58), ou bien parce qu'il persiste des images anormales séquellaires ou cicatricielles (notre obs., obs. 4, 29, 31). Ces séquelles peuvent être uniquement radiologiques ; elles ne traduisent pas nécessairement une régression incomplète de la masse tumorale, comme le prouve notre observation personnelle où l'intervention n'a pas mis en évidence de lésion visible et palpable.

Le *délai* de persistance radiologique est impossible à fixer, les malades se croyant guéris ne reviennent pas pour le contrôle radiologique ultérieur demandé dans leur intérêt. Toutefois, chez notre

malade les clichés pratiqués en septembre 1965, soit vingt et un mois après le début du traitement, montrent encore l'aspect anormal du cæcum quoique très minime.

Le contraste entre la guérison clinique et la persistance des signes radiologiques n'est pas absolument inexplicable. Après n'importe quel processus aigu, il peut persister des séquelles chroniques non évolutives, simple état cicatriciel de la muqueuse colique. Le traitement émetinien peut très bien guérir le malade, faire fondre les tumeurs, sans permettre à un côlon profondément atteint de revenir à une *intégrité anatomique et radiologique* complète ou totale (Gutmann).

## B. - L'EVOLUTION DE L'AMCEBOME NON TRAITE PAR L'EMETINE

Dans ce cas, à tout moment le malade est exposé à de nouvelles reviviscences et aux complications. La tumeur évolue progressivement, le cortège symptomatique s'accroît, l'altération de l'état général devient plus sérieuse et l'amibien est sujet à toutes les infections intercurrentes, à la diarrhée incoercible et à la cachexie progressive.

En cours d'évolution de l'amœbome, on peut voir survenir des *complications* de nature et de fréquence inégales, mais souvent ennuyeuses et décelables par les chirurgiens.

A propos d'un cas personnel et de 58 recueillis dans la littérature de langue française, les complications observées sont essentiellement de deux ordres :

- mécaniques,
- infectieuses.

### *Mécaniques :*

|                      |   |
|----------------------|---|
| — obstruction .....  | 9 |
| — invagination ..... | 5 |
| — volvulus .....     | 2 |

### *Infectieuses :*

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| — péritonite par perforation ..... | 7 |
| — abcès hépatique .....            | 1 |

*Total* ..... 24

## I. — Les complications mécaniques.

### 1. L'occlusion intestinale.

Il s'agit le plus souvent de crises de sub-occlusion plus ou moins bâtarde que d'occlusion vraie.

Selon les facteurs qui les déterminent, nous distinguons :

- *occlusion fonctionnelle*,
- *occlusion organique*.

#### a) OCCLUSION FONCTIONNELLE.

L'amibiase chronique, à la longue, peut provoquer le *dysfonctionnement* du système nerveux autonome de l'intestin en lui imprimant un spasme et des réactions neuro-végétatives intenses et précoces.

#### b) OCCLUSION ORGANIQUE.

Généralement l'obstacle est constitué par les *baubinites amibiennes* ou par *amœbome* situé probablement au voisinage de la valvule de Bauhin (obs. 8, 9, 11, 32, 34, 35, 38, 55, 57).

À côté, il existe des occlusions mécaniques par *invagination* (obs. 2, 3, 42, 43, 44), par *volvulus* ou par étranglement (obs. 12, 45), consécutives à l'amœbome.

Le syndrome occlusif, selon les lésions en cause, s'installe de deux façons bien différentes :

- soit progressivement,
- soit brutalement.

#### *Installation progressive.*

L'occlusion est souvent la traduction d'une complication évolutive lente de l'amœbome inflammatoire ou d'une poussée aiguë sur un amœbome organisé.

En général, le traitement médical seul peut suffire à la faire rétrocéder.

### *Installation brutale.*

Elle trouve ici fréquemment son origine dans l'invagination et éventuellement dans le volvulus.

Le tableau est complet, sévère, avec retentissement sur l'état général et biologique plus rapide.

C'est une indication opératoire formelle de l'amœbome.

### **2. L'invagination iléo-cæco-colique.**

Les cas les plus fréquemment signalés sont des invaginations à point de départ dans les bosselures cæcales (obs. 2, 3, 42, 43, 44). Selon le nombre de bosselures participantes, on distingue l'invagination *iléo-cæcale*, *cæco-colique*, *iléo-cæco-colique* (obs. 42, 44).

Du point de vue symptomatique, on a le tableau de véritable ventre chirurgical, appelant sans délai l'intervention pour barrer la route aux complications mortelles.

L'évolution spontanée se fait vers la péritonite par gangrène du collet d'invagination, voire même vers l'hémorragie cataclysmique.

L'intervention s'impose dans tous les cas (résection, cæcotomie) pour éviter les récidives, même dans les cas où la réduction a été obtenue par le traitement médical associé au lavement baryté (obs. 42, 43, 44).

### **3. Le volvulus intestinal.**

C'est une complication exceptionnelle de l'amœbome (obs. 12, 45). Son installation est brutale et, de ce fait, il est souvent de découvertes chirurgicales.

Dans tous les cas, le toucher rectal ne permet pas d'atteindre la masse tumorale trop haut-située. La preuve amibienne, comme dans le cas d'invagination, sera faite sur le prélèvement de la pièce opératoire.

## **II. — Les complications infectieuses.**

### **1. La péritonite par perforation.**

Ce n'est pas une éventualité exceptionnelle, contrairement à ce que pensaient beaucoup d'auteurs. Dans ce travail nous avons pu rassembler, sur un total de 23 complications de toute nature de

l'amœbome cœcal, 6 observations de perforations spontanées, localisées au niveau ou au voisinage de l'amœbome (notre obs., obs. 46, 48, 49, 50, 51), et une perforation secondaire à l'intervention (notre obs.).

Le mécanisme réside dans la défaillance du processus hypertrophique pariétal dans sa lutte intensive contre le processus ulcératif, à l'origine des fissurations qui s'ouvrent dans la grande cavité péritonéale ou en péritoine cloisonné.

#### a) PÉRITONITE GÉNÉRALISÉE.

Elle offre le tableau classique d'une péritonite aiguë (obs. 50, 51). La percussion ne retrouve pas la matité hépatique habituelle, mais le toucher rectal devient sensible.

C'est souvent l'exploration chirurgicale qui permet avec plus de certitude de déterminer la nature amibienne des perforations, leur aspect, leur localisation et des lésions du voisinage. La perforation est généralement unique, située au niveau du cœcum sur l'amœbome (obs. 46, 48, 51) ou au voisinage, la valvule de Bauhin (obs. 47), la jonction iléo-cœcale (obs. 50), l'anse grêle (notre obs.), le côlon ascendant (obs. 49), donnant une péritonite par diffusion. Mais elle peut aussi être multiple.

#### b) PÉRITONITE CLOISONNÉE.

Le syndrome péritonéal, dans ce cas, apparaît comme une masse ou un plastron (obs. 46, 47, 48, 49) qui évolue ultérieurement vers un abcès collecté dont la paroi fragile risque à tout moment de se rompre. On aboutit alors à une péritonite généralisée à *deux temps* par diffusion secondaire du contenu septique.

L'ensemble des perforations rapportées ci-dessus, en dehors de notre cas personnel, paraît être *primitif* amenant d'emblée le malade devant la table d'opération. Mais par contre, chez notre malade la fistulisation de l'anse grêle est *secondaire* à l'intervention, l'acte chirurgical lui-même n'a pas été précédé et suivi de cure émélinienne selon la méthode préconisée par Yeomans, Ochsner et De Bakey dans le but d'éviter les complications post-opératoires néfastes.

### 2. L'abcès amibien du foie.

Cette complication est exceptionnelle (1 cas sur 24 complications : notre obs.). Il peut survenir même chez l'amibien traité. La *date* de son apparition n'a rien de caractéristique ; il peut précéder l'amœbome,

l'accompagner ou lui succéder. Dans notre observation, nous ne pouvons pas déterminer avec précision son début par rapport à celui de l'amœbome, le lavement baryté n'ayant pas été pratiqué au moment de sa découverte.

En général, l'abcès hépatique amibien évolue sous le mode sub-aigu et pose parfois le problème de diagnostic radiologique avec l'amœbome du côlon transverse au lavement baryté, par compression colique (obs. III, thèse de Dissard).

L'aspect aseptique du pus constitue un élément de très haute valeur dans le diagnostic.

### C. - LA DEGENERESCENCE MALIGNE DE L'AMCEBOME CÆCAL

La coexistence de lésions amibiennes et néoplasiques plusieurs fois citée en France et à l'Etranger, malgré l'action résolutive partielle du traitement anti-amibien, suggère que l'amibiase fait le *lit du cancer*.

Mais les opinions, à ce point de vue, sont encore discordantes. La majorité des auteurs, surtout métropolitains, admettent la participation de l'amibe dans la genèse du processus néoplasique, ce qui est nié par les auteurs des pays de plus haute endémicité amibienne (Bablet et Sice, Habibi).

Les diverses observations rapportées par les partisans de la dégénérescence maligne n'apportent aucune précision.

Morgan a constaté la coexistence d'un amœbome avec un carcinome en deux points différents du côlon et a retenu que le développement du néoplasme provient de la dégénérescence du deuxième amœbome.

Carayon et Tournier-Lasserve ont observé un cas de prolifération néoplasique au sein d'un granulome inflammatoire amibien, comme si le cancer provient de la dégénérescence de l'amœbome.

Sérafino, Nosny et Diouf ont relaté un cas de cancer recto-sigmoïdien associé à une polypose très nette avec la paroi rectale épaissie. Les auteurs pensent que, d'abord il s'agit de l'amibiase colique à prédominance gauche, puis de la constitution d'un granulome inflammatoire, ensuite de la polypose et enfin du cancer recto-sigmoïdien.

Le cas de polype rectal dégénéré « histologiquement concluant » de Dissard ne peut pas être retenu comme preuve formelle, comme on ne peut retenir un cas décrit par Bablet et Sice où l'examen histo-

logique révèle dans un tube glandulaire en voie de dégénérescence la présence de nombreuses amibes hématophages. Avec Huard, Carayon et Tournier-Lasserve, Ferrara, on se demande s'il ne s'agit pas là uniquement d'une coexistence des lésions — ce qui est certain — avec la pénétration secondaire de l'amibe dans les proliférations néoplasiques.

Mais la rareté des cancers du côlon, du côlon droit en particulier, du rectum dans les pays tropicaux contredit le rôle précancérigène des multiples parasitoses de ces régions, ce qui a permis à Bablet et Sice d'affirmer en ces termes : « L'extrême rareté des cancers digestifs chez l'Annamite, porteur permanent de multiples parasites intestinaux, en particulier d'amibes pathogènes, ne plaide guère en faveur du rôle déterminant des lésions intestinales chroniques d'ordre parasitaire sur l'éclosion du cancer ».

Certes, l'hypothèse de potentialité néoplasique des lésions amibiennes est fort séduisante en ce qui concerne les *autres sièges* des amoébomes (Roux et Savignac, Cain, Reed et Anderson). Mais à propos de *la localisation cæcale* qui nous intéresse seule dans cette étude, il n'a jamais été mentionné dans les observations que nous avons recueillies, ni la greffe néoplasique sur l'amoébome, ni la coexistence d'un cancer colique avec un amoébome cæcal. Ce qui est confirmé par le tableau comparatif des sièges de l'amoébome et du cancer colique au cours de l'amibiase, établi par Ferrara en 1960.

| Siège de l'amoébome<br>(25 cas personnels) |            | Siège du cancer colique<br>au cours de l'amibiase<br>(14 cas notés) |  |
|--------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------|--|
| 4 %                                        | rectum     | 35 %                                                                |  |
| 4 %                                        | sigmoïde   | 50 %                                                                |  |
| — %                                        | descendant | 7 %                                                                 |  |
| 20 %                                       | transverse | 7 %                                                                 |  |
| 12 %                                       | ascendant  | — %                                                                 |  |
| 56 %                                       | cæcum      | — %                                                                 |  |

En confrontant les pourcentages de cette statistique, nous constatons que la prédominance de l'amoébome se situe au niveau du cæcum tandis que celle du cancer au niveau du recto-sigmoïde chez les amibiens de toute nature. Leur *fréquence relative* est donc *inversée*, *cæcum pour l'amoébome, recto-sigmoïde pour le cancer*, si bien qu'en ce qui concerne l'amoébome cæcal, on serait en droit de penser qu'il n'y a pas de risque d'association, d'intrication ou de dégénérescence cancéreuse devant cette localisation.



## CHAPITRE VII

### DIAGNOSTIC

Existe-t-il des signes pathognomoniques de l'amœbome permettant d'affirmer son diagnostic ? Certainement *non*, cette affection n'ayant pas de symptomatologie propre.

Quel qu'en soit le lieu, en zone d'endémie comme dans les pays tempérés, en présence des formations d'allure tumorale de la région cœcale, il faut actuellement toujours penser à l'amibiase.

#### A. - DIAGNOSTIC POSITIF

Rarement le diagnostic de tumeur amibienne a été évoqué pendant la maladie et il n'est pas rare qu'il soit redressé rétrospectivement par l'effet du traitement éméтинien ou par l'examen anatomo-pathologique des pièces opératoires.

La symptomatologie de l'amœbome est, comme nous l'avons décrit, celle de l'amibiase intestinale avec tout son polymorphisme habituel.

Cependant, un sujet qui se déplace pour venir consulter pour *douleurs abdominales*, surtout localisées au niveau de la fosse iliaque droite, accompagnées :

— *de troubles du transit* à type :

- soit, de *diarrhée* qui ne fait pas sa preuve, avec selles irrégulières, peu nombreuses, plus souvent glaireuses, sanguinolentes ou non.
- soit, de *constipation* opiniâtre ou d'*alternances* de diarrhée et de constipation,

- *d'atteinte de l'état général* plus ou moins sévère et de troubles *neuro-végétatifs*, chez lequel,
- d'une part, *l'examen clinique* objective :
  - une *tuméfaction* au niveau de la fosse iliaque droite avec légère défense en regard ou paroi souple amincie par l'amaigrissement ;
  - et le *foie* légèrement hypertrophié et douloureux à l'ébranlement (inconstant) ;
- d'autre part, *le lavement baryté* apporte un aspect lacunaire de la lésion avec *image d'amputation du bas-fond cæcal* ou de *rétrécissement* du calibre cæcal, témoignant d'une atteinte organique. Ces images associées aux signes cliniques et aux données de l'examen permettent d'orienter le diagnostic dans le sens d'amibiase.

Il faut s'assurer de la nature amibienne de la tumeur par :

- *les anamnétiques*,
- *la radiologie pour recherche des lésions associées*,
- *la rectoscopie*,
- *les examens de laboratoire*,
- *enfin l'évolution favorable de la tumeur sous le traitement spécifique.*

## I. — Les anamnétiques.

Ils prennent ici une valeur considérable : séjour tropical, notion de dysenterie ancienne aiguë confirmée parasitologiquement, épisodes diarrhéiques, troubles intestinaux banaux, abcès du foie à pus aseptique reconnu amibien ou non.

Parmi nos 59 observations intéressant toutes les races du globe, 41 ont des antécédents digestifs qui semblent en rapport plus ou moins direct avec l'amibiase. Pour le reste, il s'agit du cas d'indigènes, de séjours tropicaux sans histoire pour les Européens ou du manque de renseignements pur et simple de l'enquête étiologique.

|                                                        |        |
|--------------------------------------------------------|--------|
| — antécédents amibiens avérés .....                    | 18     |
| — antécédents intestinaux non confirmés<br>amibiens :  |        |
| — dysentériques .....                                  | 11     |
| — appendicectomie .....                                | 6      |
| — constipation .....                                   | 1      |
| — alternatives de diarrhée<br>et de constipation ..... | 1      |
| — amaigrissement .....                                 | 2      |
| — « crises hépatiques » .....                          | 1      |
| — antécédents d'abcès hépatique amibien .....          | 1      |
| <i>Total</i> .....                                     | 41 cas |

Mais parfois, il arrive que les sujets n'ayant jamais quitté la Métropole présentent une amibiase autochtone franche par contamination *familiale* (obs. 12 : par deux frères marins), *conjugale* (notre obs. : par son épouse) ou *professionnelle*, rendant difficile le diagnostic d'autant qu'on ne pense pas assez à cette maladie en France.

Donc, dans l'ensemble, l'enquête étiologique apporte une aide très précieuse. Mais dans les cas rares, ces mêmes catégories de sujets peuvent présenter une amibiase sans épisode aigu initial dans leurs antécédents et sans troubles de dysenterie fraîche, évoluant d'emblée sur le mode tumoral, aucune enquête étiologique ne permettant de retrouver la source de contamination (obs. 32, 55). Dans ce cas, on parle d'amibiase « *autochtone pure* ». Elle diffère de celle dont la contamination s'est faite à partir de sujets importés.

## II. — La radiographie.

Les méthodes utilisées doivent être dans tous les cas triples, les unes en complément des autres, pour obtenir des renseignements plus complets et diminuer les chances d'erreurs (notre obs.) :

- *transit intestinal*,
- *lavement baryté*,
- *radio-cinématographie*.

Ce qu'il faut rechercher, ce sont les images signant l'atteinte amibienne chronique, c'est-à-dire des *images organiques* ou *fonctionnelles coliques associées*. Ce sont notamment les images :

- de colite spasmodique,
- de dilatation des anses grêles,
- d'incontinence de la valvule de Bauhin avec reflux dans la dernière anse iléale ou image de Stierlin,
- de collerette d'invagination iléo-cæcale en « pince de homard » ou en « culotte de golfe »,
- recto-sigmoïdiennes traduisant l'atteinte bipolaire caractéristique,
- en pile d'assiettes, en chapelet, en dattes, en ailes d'hélice.

Les images intestinales dues à l'amibiase chronique *associées* à l'image lacunaire fournissent des renseignements d'intérêt capital, à l'appui desquels viennent des arguments cliniques, coprologiques et thérapeutiques.

Au cours de l'insufflation, on assiste au défaut d'expansion localisé, au défaut de liseré de sécurité de Maingot, et en déplétion, à la disparition des contractions et des plis normaux, des résidus opaques de la muqueuse.

### III. — La rectoscopie.

Cet examen pratiqué à l'occasion d'une tuméfaction cæcale n'a qu'une valeur secondaire. Cependant, il faut savoir que l'amibiase rectale peut accompagner des lésions à distance.

Si l'atteinte basse existe, l'endoscopie, comme la radiologie, apporte un document précieux, et ces moyens d'investigation apportent dans certains cas des signes spécifiques confirmant le diagnostic.

Dans ces cas on a :

- des lésions de la muqueuse sous forme d'*ulcérations* petites et nombreuses,
- des séquelles vasculaires à l'aspect caractéristique rappelant les images vasculaires du *fond d'œil* (Rachet, Cattani, Faure, Rungs),
- la décoloration de la muqueuse rectale avec alternance de la zone décolorée évoquant l'aspect en « damiers » (Rungs).

En dehors des lésions d'amibiase, la rectoscopie permettra des frottis d'exsudats de muqueuse rectale, de sang ou de pus qui peuvent révéler des amibes non vues dans les selles, ou même permettre une biopsie en cas de doute.

#### IV. — Les examens de laboratoire.

##### 1. La coprologie.

L'examen microscopique répété des selles est indispensable : présence ou absence d'amibes, de pus ou de sang.

La constatation *d'amibe, végétative* ou *kystique*, est un élément décisif. Mais elle n'est pas dans tous les cas significative ; tout malade amibien peut avoir surajouté un néoplasme ou un polype.

C'est un examen difficile et sujet à des causes d'erreur. Il peut être négatif à plusieurs reprises chez les malades porteurs d'amœbome authentique (7 fois sur 19 examens) en raison de la période négative d'élimination du parasite. C'est une notion bien établie qu'un et même plusieurs examens négatifs n'ont pas de valeur suffisante pour éliminer la nature amibienne de la tuméfaction que les arguments cliniques, radiologiques rendent plausibles.

Dans notre observation personnelle, les parasites dans les selles n'ont pas été cherchés avec suffisamment de patience (4 examens) et, là encore, l'absence de preuve parasitologique, bien que regrettable au point de vue scientifique, ne vient certainement pas changer le cours du diagnostic fixé.

Signalons en passant que nous avons souvent rencontré, au cours des observations recueillies, des *parasites associés* qui semblaient faire bon ménage avec l'amibe.

##### 2. L'hémogramme.

La formule sanguine ne présente aucune modification caractéristique. Cependant, lors des poussées on observe très souvent une *formule de suppuration avec polynucléose* et une *anémie* discrète. L'*éosinophilie* n'a qu'une valeur pratique ; elle pousse à la recherche de parasite, ce qui permet parfois la découverte fortuite de l'amibiase. Mais celle-ci ne donne jamais d'éosinophilie sanguine et cette éosinophilie relève toujours d'une autre cause parasitaire ou non.

### 3. La vitesse de sédimentation.

Généralement elle est élevée, en rapport étroit avec la polynucléose sanguine, mais se normalise dès l'administration des antibiotiques ou des antiseptiques banaux.

Même si les divers examens ci-dessus sont négatifs, un traitement émétinien devra être toujours mis en œuvre.

## V. — L'évolution favorable sous le traitement émétinien.

C'est un argument de très haute précision dans l'élaboration au stade ultime du diagnostic. Il permet presque d'affirmer l'amibiase ou de l'éliminer.

C'est ainsi que nous rattachons à la nature amibienne la tumeur cœcale de notre malade, chez lequel quatre examens de selles sont négatifs, mais chez qui l'effet thérapeutique fut remarquable. Il en est de même pour 30 cas de nos 58 observations. Mais, malheureusement le reste du diagnostic a été redressé par l'intervention, le stade médical de la maladie étant dépassé ou par erreur du diagnostic.

*L'Emétine* utilisée peut être isolée ou associée aux antibiotiques et antiseptiques.

L'amœbome est facilement influencé par le traitement spécifique et de même que la sténose récente encore non accompagnée de fibrose cicatricielle irréductible. Au bout de 8 à 45 jours environ, l'état général s'améliore et simultanément la tumeur fond, jugé par la palpation et le contrôle radiologique.

C'est seulement après l'échec de ce moyen de diagnostic, marqué par la persistance ou l'absence de modification de la tumeur, qu'on envisagera la possibilité d'une tumeur maligne ou d'un tuberculome, avec les indications chirurgicales qui en découlent.

## B. - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

C'est souvent un problème difficile à trancher, voire impossible sans recours à la laparotomie. On ne possède pas toujours les renseignements cliniques caractéristiques, permettant d'éliminer d'emblée les

autres étiologies des tumeurs localisées au niveau de la région cæcale. Parmi les 19 erreurs de diagnostic commises nous avons trouvé :

- 8 fois le cancer
- 6 fois l'appendicite
- 5 fois la tuberculose

C'est en raison de leur similitude frappante avec l'amœbome que nous insistons uniquement sur ces trois affections. Nous passerons ensuite en vue les autres affections, très rarement évoquées, sinon jamais.

## I. — Le cancer.

Malgré l'existence des formes pseudo-cancéreuses de l'amibiase et malgré l'existence des formes pseudo-dysentériques du cancer qui viennent souvent troubler le diagnostic, les éléments différentiels de ces deux affections sont parfaitement bien étudiées depuis la communication de Roux et Savignac en juin 1927, permettant d'éliminer le cancer. Ce sont :

- l'interrogatoire
- la radiographie
- la rectoscopie
- la présence d'amibes
- l'essai du traitement éméthinien
- la laparotomie exploratrice

### 1. L'interrogatoire.

Dans certains cas, la notion d'antécédents du malade peut aider, lorsqu'elle existe, à trancher le problème du diagnostic.

Cependant, il faut savoir que l'amœbome peut survenir même chez les sujets n'ayant aucun signe objectif d'irritation, *apparemment sains* (obs. 15, 23 - découverte systématique) et n'ayant jamais séjourné dans une zone d'endémie (obs. 12, 55).

A l'opposé, l'existence de dysenterie contractée lors de séjour dans une zone d'endémie n'est pas une raison suffisante pour négliger l'existence de l'épithélioma (Roux et Savignac).

Quant à la notion d'âge, il n'y a aucun indice certain ; on sait que le cancer se rencontre quelquefois chez les jeunes.

## 2. La radiographie.

Selon Druckmann et Shorr, certains renseignements radiologiques permettent de différencier les amœbomes des tumeurs malignes :

- fréquence de l'existence de *plusieurs* sièges dans l'amœbome, siège double (obs. 54, 57),  
siège triple (obs. 4, 33),
- image *étendue* et longue dans l'amœbome.

Pour Desjardins, la moindre réflexion en présence d'une sténose segmentaire de 20 ou 25 cm fera éliminer le cancer qui sera incompatible avec la vie s'il atteint cette étendue :

- relief muqueux *moins déchiqueté* dans l'amœbome que dans le cancer,
- transition de la zone lésionnelle à la zone saine *progressive* dans l'amœbome, *brutale* dans le cancer,
- *souplesse* de la paroi colique et changement de calibre de la lumière intestinale au niveau de la zone pathologique entre le film de réplétion et d'évacuation dans l'amœbome (notre obs.),
- pas d'obstruction complète par lavement baryté dans le cas d'amœbome (pas de douleurs) et *douleur* dans le cas du cancer par obstruction complète (parois rigides).

Mais la radiologie est impuissante en présence de la coexistence de l'amibiase et du cancer. Dans cette éventualité, Rachet, Busson et Arnous-Jourde préconisent les clichés après *péristaltisme provoqué* par séries qui ont permis chez leur malade d'éliminer un néoplasme surajouté à une colite amibienne. Cette technique montre la variabilité de siège et de forme, de l'aspect pathologique en aval sur certaines images, en amont sur d'autres, du spicule résiduel permettant de dire que l'image obtenue n'est pas celle d'un néoplasme surajouté à une colite amibienne.

## 3. La rectoscopie.

La sémiologie endoscopique de dysenterie amibienne est restée trop longtemps assez vague. Dans le siège cæcal de la maladie, elle n'apporte aucun secours.

Mais en présence de lésions rectales, la rectoscopie permet de pratiquer la biopsie et le prélèvement de mucus pour la recherche extemporanée des amibes qui donne le résultat plus fidèle que celui dans les selles.

#### 4. La présence d'amibes.

a) *dans les selles.*

Cette recherche est moins fidèle que celle pratiquée sous rectoscopie ;

b) *dans le prélèvement endoscopique.*

C'est le seul élément de certitude en faveur de l'amibiase ;

c) *dans les pièces opératoires.*

Sur 8 cas de diagnostic erroné de cancer nous avons relevé 3 fois où le diagnostic fut redressé par la découverte d'amibes dans les coupes histologiques contre :

— 1 fois par la présence d'amibes dans selles

— 4 fois par la preuve de non malignité des coupes et le traitement émétinien post-opératoire

Mais comme le fait remarquer Cain, la présence d'amibes dysentériques dans les selles ne suffit pas à affirmer que le sujet est atteint d'amibiase, en raison de l'existence des porteurs sains amibiens. Cette circonstance constitue même une condition favorable à l'apparition d'un cancer qu'il y a lieu de n'avoir des idées préconçues, mais de pratiquer dans tous les cas, en même temps, l'examen des pièces opératoires et la recherche d'amibes (Girault et Mariani). Même lorsque la découverte d'amibes ou de kystes affirme l'amibiase intestinale, il ne faut pas pour cela écarter le diagnostic d'épithélioma, étant donné la possibilité d'association de ces deux affections (Golberg et Steigmann, Rachet, Busson et Arnous-Jourde, Huguenin, Bourgeon et Miniconi, Cade et Milhaud).

#### 5. L'essai du traitement par l'Emétine.

Elle apporte une preuve presque certaine en cas de succès durable. Deux de nos cas sur douze fois de diagnostic de cancer évoqué ont vu leur diagnostic trancher de cette façon. Il en est de même pour notre cas personnel.

Toutefois, le test thérapeutique peut apporter une amélioration trompeuse. Moutier, dans la séance de communication de Roux et Savignac, a dégagé un point très important ; il avait émis l'idée de l'action possible de l'Emétine sur l'évolution du néoplasme et la stabilisation de la lésion. L'auteur relate un cas personnel dans lequel le traitement émétinien arrête le cours d'une colite et, en même temps, la stabilisation momentanée du néoplasme greffé sur elle.

Donc, par ce moyen on n'est pas à l'abri de l'erreur de l'interprétation dans les cas d'intrication des affections amibiennes et néoplasiques. Nombreux sont, dans la littérature, des cas où l'apaisement momentané du syndrome dysentérique fait croire à l'amélioration alors que le cancer continue toujours à évoluer.

Par ailleurs, il faut savoir que très souvent les formes anciennes, rétractiles où prédominent les réactions *fibreuse cicatricielles*, peuvent retarder la régression tumorale ou même la rendre insensible au traitement (notre obs., obs. 4, 29, 31, 57, 58). C'est donc surtout l'épreuve du temps après le traitement émétinien qui compte et non l'effet immédiat de ce traitement.

## 6. La laparotomie exploratrice.

Si le doute persiste, malgré tout, il faudra envisager une *laparotomie exploratrice* qui permettra la vérification macroscopique, le prélèvement de la portion lésionnelle pour l'étude histologique (processus malin ou non) et la recherche extemporanée du parasite.

Cependant, l'examen histologique de la biopsie n'est pas infailible ; il peut être négatif dans le cas de cancer si le prélèvement a été pratiqué à un niveau non envahi par la néoplasie (Cade et Milhaud). Des prélèvements d'une façon répétée à des endroits différents de la tumeur doivent donc être pratiqués d'emblée. Dans le cas d'amœbome, il révèle le caractère inflammatoire banal de la tumeur et, de ce fait, n'avance le diagnostic que s'il y a présence d'amibes au fond des ulcérations microscopiques ou dans la sous-muqueuse non ulcérée (10 fois positifs sur 16 résultats d'examens pratiqués).

## II. — L'appendicite pseudo-tumorale.

L'appendicite à forme *tumorale* ou une de ces appendicites aiguës avec *plastron*, ou appendicite *engainée dans un manchon épiploïque*,

ou *abcès appendiculaire*, constituent avec la tuberculose cæcale à forme hypertrophique les deux autres problèmes du diagnostic avec l'amœbome cæcal.

Or, le syndrome douloureux de la fosse iliaque droite peut être réalisé par une tumeur amibienne du cæcum, par l'appendicite vraie chez l'amibien ou encore par l'appendicite amibienne.

Cependant, certaines nuances cliniques nous mettent parfois sur la voie du diagnostic exact. L'interrogatoire peut révéler que la crise actuelle n'est que la répétition d'épisodes sub-aigus qui remontent à plusieurs mois ou plusieurs années. Tous les signes en faveur de l'amibiase (ébranlement douloureux hépatique), ou de l'appendicite (fièvre, leucocytose, vomissements, arrêt des matières) doivent entrer en ligne de compte.

Blanc et Siguier, au cours de l'amibiase, constatent que le cæcum est profondément modifié, nettement infiltré, cartonné, très sensible et non plus simplement spastique et érectile.

Certains signes très importants permettent, dans une certaine mesure, d'éliminer l'appendicite ou l'abcès appendiculaire. Ce sont : absences de signes généraux et péritonéaux — vomissements, défense, arrêt de transit — (Montel, Labail, Fontan et Sentucq), surtout volume et netteté des contours dans le cas de l'amœbome, tension spastique du cæcum, douleur du cadre colique et atteinte bipolaire de l'amibiase.

*La radiographie* apporte des renseignements précieux. Dans le cas d'abcès appendiculaire, il s'agit d'image de compression extrinsèque se traduisant sous forme d'encoche par refoulement du bord interne du cæcum (Delahaye et coll.).

Finalement, la découverte du *parasite dans les selles* et *l'effet rapide du traitement éméтинien* peuvent quelquefois conduire au diagnostic.

Mais si l'on hésite, il vaut mieux intervenir. Opérer à tort une amibiase cæcale pure est un risque moindre que de méconnaître une appendicite et de surseoir à l'intervention (Blanc et Siguier, Ploye).

### III. — La tuberculose cæcale à forme hypertrophique.

Prendre une amœbome de la région cæcale pour un tuberculome n'est pas une éventualité exceptionnelle. La littérature médicale abonde d'erreurs de cet ordre dont nous apportons ici la preuve par 5 cas parmi les erreurs de diagnostic commises dans la série des 59 observations rapportées.

Si après le traitement éméтинien, la tuberculose iléo-cæcale est suspectée, le diagnostic se basera sur les arguments *cliniques et radiologiques*.

1) ARGUMENTS CLINIQUES :

- antécédents bacillaires,
- fréquence des lésions pleuro-pulmonaires,
- présence de bacille de Koch dans les selles,
- positivité de cuti-réaction,
- enfin, régression des lésions sous le traitement antibacillaire bien conduit et prolongé.

2) ARGUMENTS RADIOLOGIQUES :

- image de Stierlin ou reflux de la valvule de Bauhin classique dans la tuberculose iléo-cæcale (thèse de Dissard),
- et images lésionnelles associées des anses iléales, éventualité exceptionnelle dans l'amibiase.

*En conclusion*, en cas de doute, la conduite à tenir est de pratiquer au préalable le traitement éméтинien dans tous les cas. Ce geste est dépourvu de tout inconvénient, le retard apporté par le traitement éméтинien n'aggravera guère le pronostic de tuberculose et de cancer.

#### IV. — Les autres affections rares ou exceptionnelles du cæcum.

Elles sont d'origine, soit *spécifique*, soit *non spécifique*.

1. Les granulomes inflammatoires spécifiques.

a) LA MYCOSE.

Ce qui est particulier, c'est qu'elle est, en général, accompagnée d'adénopathies plus ou moins diffuses et de *fistulisations spontanées*, souvent multiples, d'où s'ensuit le pus qu'il est facile d'examiner ou de cultiver.

b) LES SYPHILOMES.

Le diagnostic intéresse surtout les *sphilomes*, mais aussi les *gommes* et les *sphilides*. Il faut rechercher la notion d'antécédents, la preuve sérologique et pratiquer un traitement antisyphilitique en cas de doute.

c) L'ANKYLOSTOMIASE.

Il est exceptionnel que cette affection puisse donner des formes hyperplasiques avec formations polypôides ou tumorales cœcales, car les ankylostomes se fixent au niveau du duodénum et non au niveau du cæcum.

d) LA MALADIE DE HODGKIN A LOCALISATION ILÉO-CÆCALE.

Le diagnostic est très difficile et sujet souvent à des erreurs jusqu'à l'étude histologique (Patel, Viguié et Lataste).

La démonstration de l'*amibe* est un unique élément en faveur de l'amœbome. Mais, cependant, il est arrivé à Ferrara de retrouver à l'examen histologique des formes végétatives et kystiques d'amibes au sein de lésions lymphogranulomateuses.

2. Les granulomes inflammatoires non spécifiques.

Ce sont les manifestations tumorales déterminées par une infection à germes banaux de faible intensité, siégeant avec prédilection au niveau du cæcum en raison de la stase, de l'atonie de ce niveau et de l'existence du sphincter de Busi qui sépare le cæcum et le côlon ascendant (Patel, Viguié et Lataste, Serafino, Nosny et Diouf).

a) LES ULCÈRES ET LES DIVERTICULES DU CÆCUM.

En dehors des complications et de leurs intrications avec l'amœbome, le diagnostic de ces affections est relativement facile. Les lésions muqueuses y sont moins importantes que celles observées dans l'amibiase.

Dans les formes compliquées, il est parfois impossible de distinguer l'ulcère solitaire aigu vrai ou la diverticulite aiguë, d'avec la perforation d'un amœbome.

b) L'ILÉITE.

C'est un problème de diagnostic radiologique ; contrairement à l'iléite, les lésions iléales sont exceptionnelles et peu importantes au cours de l'amibiase.

c) CERTAINES AFFECTIONS PARA-COLIQUES.

— *les lésions annexielles.*

Elles donnent rarement les rétrécissements péri-cæcaux homologues, des rétrécissement péri-coliques pelviens de Küss.

— *certaines granulomes cæcaux d'origine appendiculaire.*

d) LA MALADIE DE CROHN A LOCALISATION CÆCALE.

La localisation isolée au niveau du cæcum de l'*iléite terminale*, ou son extension cæcale, est exceptionnelle à tel point qu'on peut douter de son authenticité (Rachet et Busson).

Dans le cas de l'extension secondaire cæcale, le diagnostic est relativement facile, mais il le devient moins si l'affection débute d'emblée au niveau du cæcum ; dans ce cas, reste seul le diagnostic histologique (Patel, Viguié, Lataste, Eudel).

## CHAPITRE VIII

### THERAPEUTIQUE

Parmi les peu nombreux *amœbicides tissulaires ou diffusibles* à notre disposition, l'*Emétine* est la médication de choix dans le traitement d'attaque, avec son dérivé actuel la *Déhydroémétine*.

En dehors d'elles, il n'existe aucun autre produit diffusible qui soit aussi efficace, à l'exception d'un, encore en expérimentation, le 32-644 (Ciba) qui est un *Nitro-thiazolyl-imidazolidinone*. Actif sur l'abcès amibien, il apportera peut-être une seconde arme en amœbologie. En attendant, c'est à l'*Emétine* ou à la *Déhydroémétine* que l'on doit faire appel. Les doses utilisées sont selon les prescriptions classiques.

L'intérêt de la *Déhydroémétine* réside dans son élimination rapide, et, de ce fait, elle est moins toxique. On peut éventuellement répéter les cures à un intervalle plus rapproché qu'avec l'*Emétine* classique. A notre avis, il faut instituer dans le traitement de l'amœbome *quatre à cinq cures* de suite en respectant un intervalle de *six semaines* et suivre son effet sur les images radiologiques. Si celles-ci persistent, on peut faire jusqu'à six cures dans la même année ; c'est à cette époque, s'il n'y a pas d'amélioration, que la décision opératoire peut être prise.

En cas d'intervention, faire celle-ci six à huit semaines après la dernière cure émétinienne, afin de pouvoir commencer dès la veille de l'opération une nouvelle cure. On évitera ainsi les accidents post-opératoires immédiats. Dans notre cas, nous regrettons de ne pas avoir fait l'*Emétine* la veille de l'intervention, car le choc opératoire a pu être la cause déclenchante de la perforation colique.

Entre les cures d'*Emétine*, un traitement d'entretien doit être institué. On utilise alors les *amœbicides de contact*.

En récapitulant les résultats du traitement, soit médical, soit chirurgical, soit des deux associés, sur 55 cas de notre étude nous obtenons le tableau suivant :

TRAITEMENT ÉMÉTINIEN ISOLÉ.

|                                                |        |
|------------------------------------------------|--------|
| Total .....                                    | 24 cas |
| Guérison .....                                 | 11 cas |
| Régression (malades n'ont pas été revus) ..... | 7 cas  |
| Persistance locale :                           |        |
| clinique .....                                 | 1 cas  |
| radiologique .....                             | 5 cas  |
| Décès .....                                    | 0 cas  |

TRAITEMENT ÉMÉTINIEN ASSOCIÉ AU TRAITEMENT CHIRURGICAL.

|                          |        |
|--------------------------|--------|
| Total .....              | 17 cas |
| Guérison .....           | 17 cas |
| Persistance locale ..... | 0 cas  |
| Décès .....              | 0 cas  |

TRAITEMENT CHIRURGICAL ISOLÉ.

|                              |        |
|------------------------------|--------|
| Total .....                  | 14 cas |
| Suites favorables .....      | 8 cas  |
| Résultats non précisés ..... | 4 cas  |
| Décès .....                  | 2 cas  |

De ce tableau, on est en droit de conclure que le traitement émétinien est le *seul* valable, qu'il soit ou non associé au traitement chirurgical. Ce dernier pratiqué seul s'avère néfaste, voire mortel, étant donné la constatation de deux cas de décès consécutifs à son application.

## CONCLUSIONS

I. — A l'occasion d'une observation d'amœbome cæcal observé chez un homme n'ayant jamais quitté la France, nous avons repris l'étude de l'amœbome cæcal dans les observations publiées en langue française.

II. — Ceci nous a permis de replacer l'amœbome cæcal dans l'amibiase intestinale en général.

1° Les amœbomes de toute nature sont *rare*s par rapport à l'amibiase intestinale, de l'ordre de 1 à 2 p. 1 000.

2° L'amœbome cæcal dans le cadre des amœbomes de toutes localisations représente environ la moitié des amœbomes de toute nature. Cet amœbome cæcal peut être isolé ou associé à d'autres localisations amibiennes.

3° Le nombre d'amœbomes cæcaux publiés dans la littérature mondiale s'élève à un chiffre qu'il nous a été impossible de déterminer.

Par contre, nous avons retrouvé dans la littérature de langue française 58 observations de ce type entre 1924 et 1964.

III. — Ce qui caractérise la scène clinique de l'amœbome cæcal, c'est son *polymorphisme*. Dans un grand nombre de cas, il fait errer le diagnostic entre la tuberculose, l'appendicite et le cancer ou une septicémie, la symptomatologie abdominale n'ayant pas toujours attiré l'attention. C'est l'examen radiologique (lavement baryté et transit intestinal, éventuellement radio-cinématographie) qui permettra de porter le diagnostic de tumeur cæcale.

Par contre, ce seront : l'interrogatoire, la recherche d'un séjour en pays à endémie amibienne, le contact étroit avec des amibiens connus ou possibles, une localisation recto-sigmoïdienne associée à la tumeur cæcale et surtout la découverte d'une forme d'*Entamoeba dysenteriae* et la fonte de la tumeur aux examens radiologiques successifs sous *cures émétiniennes répétées*, qui feront porter le diagnostic de tumeur cæcale d'origine amibienne, c'est-à-dire, d'amœbome cæcal.

IV. — Une fois reconnu, l'amœbome cæcal devra être essentiellement traité *médicalement*. Si l'aspect radiologique ne montre pas rapidement une restitution intégrale, il faut savoir repousser le plus longtemps possible l'intervention chirurgicale, sinon la refuser, car le plus souvent inutile, elle peut être dangereuse.

Ce n'est que dans le cas où un recul de plus d'un an et si la preuve parasitologique de l'amibiase n'a pu être rapportée, qu'on pourra effectuer une laparotomie exploratrice pour éliminer une tumeur maligne. Dans ce cas le traitement émétinien *pré- et post-opératoire* devra être entrepris.

Vu :

*Le Doyen,*  
J.-F. CIER.

Vu :

*Le Président de la Thèse,*  
BERTOYE.

*Vu et permis d'imprimer :* Lyon, le 8 Novembre 1965.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ  
P. LOUIS.

## BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMON (P.). — L'Amibiase autochtone. *Thèse Méd. Paris*, 1960, n° 401 (dactylo).
- ADAMS (A.-R.) et STEATON (D.-R.). — Cas d'amibiase familiale en Angleterre. Résumé dans *Arch. Mal. App. Dig.*, 1950, 39, 921.
- ALAIN (M.), MASSAL (E.), TOUZIN (R.) et PORTE (L.). — Le traitement de l'amibiase par la conessine. *Méd. Trop.*, 1949, 9, 5-37.
- ALANORE (M. P.). — Les formes chirurgicales de l'amibiase intestinale. *Thèse Méd. Paris*, 1957, n° 194 (dactylo).
- AUGE et VIENNOT-BOURGIN. — Colite ambiennne à forme pseudo-tuberculeuse. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1935, 25, 857-861.
- BABLET (J.) et SICE (A.). — A propos de quelques tumeurs malignes observées au Soudan Français. *Bull. Assoc. Franç. p. l'Et. du cancer*, 1940, 29, 77-78.
- BARALDI (A.). — Tumeur amibienne du côlon transverse. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1949, 38, 73-77.
- BARGEN (J. A.) et MINARDS (F. J.). — Tumeurs inflammatoires du cæcum, la difficulté de leur diagnostic. *Journal de chirurgie*, 1930, 36, 501.
- BAUMEL (J.). — Amibiase intestinale. Etude clinique, rectoscopique, radiologique et thérapeutique. *Maroc Méd.*, 1951, 30, 77-88.
- BAYLET (R.). — Contribution à l'étude de l'amibiase autochtone. *Thèse Méd. Lyon*, 1947, n° 188.
- BECEMEUR, LAFFERRE et LAMOTTE. — Amibiase, flore intestinale et parasitoses associées. *Maroc Méd.*, 1952, 31, 411.
- BELL (J. C.). — Roentgenologic studies of the large bowel in infections by *Entamoeba histolitica* before, during and after treatment. *Am. J. of Roentgenol.*, 1938, 39, 916-924.
- BENMUSSA. — Forme pseudo-tumorale de l'amibiase. *Tunisie Méd.*, 1949, 37, 890-895.
- BENSAUDE (A.). — La recto-colite hémorragique. *Rev. Prat.*, 1951, 1, 421-423.
- BENSAUDE (R.), HILLEMAND (P.) et AUGIER (P.). — La polypose intestinale. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1932, 22, 471-546.
- BERT (J. M.), FASSIO (E.), DAVOUZE (R.) et MICHEL (H.). — Amibiase chronique à forme recto-colite hémorragique. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1959, 48, 1757-1760.
- BERT (J. M.), FASSIO (E.), DAVOUZE (R.) et SOUYRIS. — Sténose inflammatoire du côlon transverse et amibiase. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1958, 47, 334-336.

- BERTEIN. — Les étapes du diagnostic de l'amibiase hépatique dans la Collectivité Militaire d'A.F.N. *Rev. Prat.*, 1960 10, 2961-2968.
- BERTRAND-FONTAINE (M<sup>me</sup>), FAUVERT (R.) et SCHNEIDER (J.). — Trois observations d'abcès aigus amibiens du foie. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1949, 38, 1033.
- BLANC (F.). — Réflexions sur l'amibiase colique et son traitement. *Rev. Prat.*, 1963, 13, 2861-2870.
- BLANC (F.) et SIGUIER (F.). — L'amibiase. Etude clinique et thérapeutique. *L'Expansion Scientifique Française, Editeur*, 1950.
- BONIN, DUFOUR, CHENILLEAU, DULONG de ROSNAY. — Tumeur inflammatoire du cæcum chez un malade atteint d'amibiase chronique. *Journ. Méd. Bordeaux.*, 1946, 123, 149.
- BOQUIEN (Y.), PERRIN (P.), MOUSSEAU (M.), KERNEIS (J. P.) et DELHUMEAU (G.). — Deux cas d'amibiase suraiguë autochtones avec perforation du gros intestin. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1960, 49, 1250-1259.
- BRENAUT (M. L.). — Sur les suites des iléo-transversostomies. A propos de quelques observations. *Thèse Méd. Paris*, 1961, n° 115.
- CADE (A.) et MILHAUD (M.). — Amibiase et cancer du gros intestin. *Journ. Méd. Lyon*, 1939, 21, 475-479.
- CAIN. — Discussion sur la communication de Roux et Savignac. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1927, 17, 199-208.
- CAMERON (J. A.) et COLLINS (J. C.). — Intestinal obstruction by amebic granuloma. *J. Roy. Army. M. Corps.*, 1942, 79, 140-142.
- CARBOU (A.). — La thérapeutique moderne de l'amibiase. *Maroc Méd.*, 1952, 31, 417-427.
- CATTAN (R.). — Sur quelques formes larvées de l'amibiase intestinale chronique. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1949, 38, 684-691.
- CATTAN (R.). — Le traitement actuel de l'amibiase intestinale. *Rev. Prat.*, 1954, 4, 2135-2143.
- CATTAN (R.), DEBRAY (Ch.), HAMBURGER (J.), LAFITTE (A.), RIOU (M.) et SIGUIER (F.). — Le traitement de l'amibiase intestinale chronique. Confrontations thérapeutiques de l'Hôpital Necker. *Presse Méd.*, 1959, 67, 1827-1828.
- CARAYON (A.), HERVE (A.), GAILLARD (F.), COYNE (F.). — Les occlusions intestinales aiguës par amœbomes. A propos de 6 observations personnelles. *Méd. Trop.*, 1956, 16, 663-676.
- CARAYON (A.), RICHIR (Cl.), TOURNIER-LASSERVE (Ch.), NAVARANNE (P.). — La bauginite amibienne. A propos de 5 observations. *Ann. Chir.*, 1962, 16, 1499-1504.
- CARAYON (A.), TOURNIER-LASSERVE (Ch.). — L'amibiase colique chirurgicale. A propos de 58 observations. *Méd. Trop.*, 1962, 22, 543-589.
- CARAYON (A.), TOURNIER-LASSERVE (Ch.), SANKALE (M.) et RICHIR (Cl.). — L'amibiase colique chirurgicale. A propos de 58 observations. *Ann. Chir.*, 1962, 16, 1479-1498.
- CAUBET (P.), CROZAFON (C.) et MATHIEU. — Un cas d'amœbome. *Méd. Trop.*, 1956, 16, 843-846.

- CAZAUX. — Observation d'un cas d'arthrite d'origine amibienne. *Maroc Méd.*, 1952, 31, 443-445.
- CHATON (M.). — Observation d'un cas d'amibiase cœcale simulant cliniquement la tuberculose iléo-cœcale à forme hypertrophique. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1941, 30, 134-137.
- CHENE (P.) et SIMON (A.). — Dyspepsie gastrique et amibiase. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1949, 38, 338-345.
- CHEYROU-LAGREZE (M.). — Amibiase chronique à symptomatologie rénale. *Maroc Méd.*, 1952, 31, 447.
- CHIRAY (M.) et DUPUY (R.). — Cancer du rectum sur terrain amibien. *Sem. Hôp. Paris*, 1951, 27, 2824-2826.
- COLSON (J. A.) et PARVAIS (P. L.). — A propos d'un amœbome de l'angle colique droit. *Soc. Méd. Mil. Franç.*, 1957, 51, 280-284.
- COSEN (J. N.). — Amœbome du côlon transverse. *Thèse Méd. Paris*, 1963.
- COUMEL, MOLINIER, DUCHESNE et LAPEYRE. — Les rétrécissements recto-coliques de l'amibiase. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1950, 39, 1278-1284.
- COURMIER-LASUSAY (J. F.). — Les tumeurs amibiennes de la fosse iliaque droite. *Thèse Méd. Bordeaux*, 1937, n° 17.
- CROPPER (C. F.). — Amœboma of hepatic flexure. *Brit. M. J.*, 1946, 1, 988.
- CROSNIER (R.). — Précis de thérapeutique de l'amibiase. *Vigot Frères, Edit.*, 1958.
- CROSNIER (R.). — L'amibiase aberrante. *Rev. Prat.*, 1951, 1, 423-429.
- DASCALAKIS (T.). — Amibiase et cancer du rectum. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1947, 36, 410-416.
- DEGORCE (A.) et MOUZELS. — Abcès dysentérique du côlon iliaque. *Bull. Soc. Méd. Chir. de l'Indochine*, 1912, 3, 150.
- DELAHAYE (R. P.). — Diagnostic des affections du rectosigmoïde. *Conférences d'Electroradiologie clinique du Val-de-Grâce*, 1962, 5, 185-245.
- DELAHAYE (R. P.), JOLLY (R.), LAABAN (J.) et BOURSICQUOT (P.). — L'amibiase intestinale chronique. (Etude radiologique de 171 cas). *Journal de Radiologie et Electrologie*, 1964, 45, 117-132.
- DESCHIENS (R.) et LAMY (L.). — L'amibiase dans les territoires de l'Union Française. Ses relations avec l'amibiase Métropolitaine. *Bull. Soc. Path. Exot.*, 1951, 44, 24-36.
- DESJARDINS (A.). — Les pseudo-cancers coliques d'origine amibienne. *Bull. et Mém. Soc. des Chir. de Paris*, 1929, 21, 443-452.
- DESMAREST et SAVIGNAC. — Sténose du rectum d'origine amibienne. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1927, 17, 547-552.
- DISSARD (P.). — Etude anatomo-clinique des amœbomes. *Thèse Méd. Lyon*, 1954, n° 142.
- DIEZ (O. V.). — Les complications chirurgicales intestinales de l'amibiase. (rectum excepté). *Thèse Méd. Paris*, 1934, n° 702.
- DOR (J.) et VAGUE (J.). — Pseudo-cancer rectal volumineux d'origine amibienne, disparaissant en quelques jours sous l'effet de l'émétine. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1948, 37, 618-620.

- DRUCKMANN (A.) et SCHORR (S.). — Roentgenological manifestations of amebiasis of large intestine. *Am. J. Roentgenol.* 1945, 54, 145-148.
- DULCY (L.). — Contribution à l'étude des relations entre les Tumeurs inflammatoires du Cæcum et l'Amibiase. *Thèse Méd. Montpellier*, 1938, n° 81.
- ELIE (J. C.). — Amibiase colique de première atteinte dite « Amibiase colique mortelle ». *Thèse Méd. Paris*, 1960.
- EMERY (M<sup>lle</sup> M. A.). — Tumeurs amibiennes du Cæcum. A propos d'une observation. Éléments de leur diagnostic. *Thèse Méd. Paris*, 1962, n° 1154 (dactylo).
- FAURE (M.). — Les aspects rectoscopiques de l'amibiase. *Maroc Méd.*, 1951, 30, 621-626.
- FELIX (H.). — Ecologie de l'amibiase. *Journ. Méd. Lyon*, 1962, 1201-1211.
- FELIX (H.), LESBRE (F.), LACOSTE (J.). — L'amibiase d'importation. *Journée de la Société de Pathologie Exotique consacrée à la Pathologie Tropicale importée*. Paris, Juin 1964.
- FELIX (H.), MAS (J. P.), LABROUSSE (G.) et LOUAIL (G.). — Amibiase cæcale à forme tumorale complexe. *Sem. Hôp. Paris*, 1960, 36, 437-438.
- FELIX (H.), MION (Ch.), WIART (J. P.), SEGRESTAA (J. M.). — Les amibiases hépatiques (A propos de 100 observations). *Sem. Hôp. Paris*, 1960, 36, 2095-2114.
- FELIX (H.), TURPIN (J.), DESBUQUOIS (B.) et MION (C.). — Amibiase intestinale. Réflexions cliniques à propos de 600 observations. *Sem. Hôp. Paris*, 1960, 36, 2229-2236.
- FERRARA (A.). — L'amœboma. Morfologia pathogenesi e pathologia di confine. *Cappelli*, 1960.
- FORT (V.), ANTONY (R.), MARSY (A.) et FELIX (H.). — Amœbome de la jonction colo-sigmoïdienne. *Soc. Méd. Mil. Franç.*, 1962, 56, 147-150.
- GANDOLFO-CANESSA (J. M.). — Image pseudo-tumorale en cocarde par œdème de la valvule de Bauhin au cours d'une typhlite amibienne. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1950, 39, 821-823.
- GARIPUY (A.) et MAGDELENAT. — Trois cas d'éosinophilie forte au cours d'hépatites amibiennes larvées. *Maroc Méd.*, 1951, 30, 626-628.
- GAUD (J.). — A propos du diagnostic de laboratoire de l'amibiase humaine. *Maroc Méd.*, 1952, 31, 434-435.
- GAULTIER. — Discussion sur la communication de Roux et Savignac. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1927, 17, 199-208.
- GIRARD (M.). — Le traitement actuel de l'amibiase. *Revue Lyonnaise de Médecine*, 1955, 4, 677-679.
- GIRARD (M.), FRAISSE (H.) et POTTON. — A propos d'un cas d'amibiase cæcale à forme tumorale. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1955, 44, 691-693.
- GIRAULT (A.) et MARIANI. — Amibiase et cancer recto-sigmoïdien. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1938, 28, 380-383.

- GOLDBERG (E. E.) et STEIGMANN (F.). — Amebiasis : a general discussion with a report of an unusual case of amebic granuloma of the descending colon. *Gastro-enterology*, 1954, 26, 56-64. Ana in *Arch. Mal. App. Dig.*, 1954, 43, 1115.
- GOLDEN (R.) et DUCHARME (P.). — The clinical significance of deformity of the cæcum in amebiasis. *Radiology*, 1945, 45, 565-580.
- GOLDSTEIN (D.). — Etude de l'origine des cas d'amibiase observés à la consultation de Médecine Tropicale de l'Hôpital Beaujon de 1948 à 1960. *Thèse Méd. Paris*, 1960, n° 899 (dactylo).
- GORRICHON (P.). — L'amibiase cæcale pseudo-tumorale. *Thèse Méd. Bordeaux*, 1946-47, n° 151.
- GUESSENND (G.). — Amibiase colique chirurgicale. *Thèse Méd. Paris*, 1962, n° 1217.
- GUICHARD et PAPONNET. — Pseudo-cancer recto-sigmoïdien d'origine amibienne. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1935, 25, 450-459.
- GUILLEMAN. — Le traitement de l'amibiase intestinale par l'émétine buccale. *Maroc Méd.*, 1951, 30, 89-92.
- GUNN (H.) et HOWARD (N. J.). — Amebic granulomas of the large bowel. Their clinical resemblance to carcinoma. *J.A.M.A.*, 1931, 97, 166-170.
- GUTMANN (R. A.). — Rapporteur à la Société de Gastro-entérologie de Paris de l'observation d'Auge et Viennot-Bourgin : Colite amibienne à forme pseudo-tuberculeuse. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1935, 25, 857-861.
- HABIBI (M.). — Processus tumoraux et pseudo-tumoraux en relation avec la dysenterie amibienne. *Bull. Ass. Franç. p. l'Et. du Cancer*, 1947, 34, 65-74.
- HARVIER (P.), RACHET (J.) et BLUM (J.). — Colite aiguë ulcéro-gangréneuse rapidement mortelle, première manifestation d'une amibiase latente. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1927, 17, 267-277.
- HERVE (A.), COURSON (B.), PARODI (L.) et PIGANIOL (G.). — Un cas d'amœbome à triple localisation. *Bull. Soc. Path. Exot.*, 1958, 51, 628-631.
- HILLEMAND (P.). — Le traitement de l'amibiase intestinale. *Rev. Prat.*, 1951, 1, 415-417.
- HILLEMAND (P.) et CATTAN (R.). — L'amibiase en France. Etude clinique et thérapeutique. *Le Congrès International de l'Amibiase, Chatel-Guyon*, 1950, *Maroc Méd.*, 1951, 30, 49.
- HILLEMAND (P.), BENSAUDE (P.) et BRU (P.). — Deux cas de rétrécissement du rectum au cours de dysenteries amibiennes graves. Le rétrécissement amibien du rectum. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1939-1940, 29, 1122., *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1939, 11, 537-543.
- HILLERET (J.). — Manifestations rhumatismales d'origine amibienne. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1950, 39, 1123-1131.
- HOGAN. — Appendicite provoquée par l'entamoeba « histolytica » avec perforation d'un ulcère amibien du cæcum après l'opération. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1921, 11, 354.

- HOWELS (G.). — Two cases of amebic granuloma. *Brit. M. J.*, 1946, 1, 161-162.
- HUARD (P.). — Aspects chirurgicaux de l'amibiase cæco-colique avec neuf observations personnelles. *Marseille Médical*, 1933, 70, 549-577.
- HUARD (P.). — Nouvelles recherches sur les aspects chirurgicaux des dysentéries et colites tropicales. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1937, 27, 473-518.
- HUARD (P.), RENUCCI (N.) et HIEP (N. T.). — Quelques cas de tumeurs inflammatoires cæco-coliques. *Bull. Soc. Méd. Chir. de l'Indochine*, 1935, 13, 302-320.
- HUGONOT (R.). — Données récentes sur l'épidémiologie et la prophylaxie de l'amibiase. *Maroc Méd.*, 1961, 40, 984-987.
- HUGUENIN (A.) et BOURGEON (R.). — Amibiase et cancer du côlon. *Algérie Méd.*, 1952, 719-720.
- HUGUENIN (A.), BOURGEON (R.) et MINICONI (P.). — Tumeur du cæcum d'origine amibienne. Exérèse et iléo-transversostomie. *Algérie Méd.* 1952, 496-501.
- LABAIL (G.), FONTAN (F.) et SENTUCQ (M.). — Tumeur de la fosse iliaque droite d'origine amibienne. *Bordeaux Chirurgical*, 1955, 3, 141-143.
- LASNIER (E. P.). — Tumeurs inflammatoires amibiennes du gros intestin. *Revue de Chirurgie*, 1926, 64, 603-617.
- LE DANTEC : Cité par Blanc et Siguier.
- LEGER (L.) et WEBER (R.). — Discussion sur l'origine amibienne probable d'une tumeur inflammatoire du côlon droit observée chez un colonial. *Sem. Hôp. Paris*, 1949, 25, 824.
- LEIBOVICI (R.) et SULTAN (R.). — Les tumeurs inflammatoires du côlon. (Enseignements d'une série de 15 observations). *Ann. Chir.*, 1962, 16, 1227-1247.
- LESBRE (F.) et FELIX (H.). — Thérapeutique de l'amibiase. *Cahiers Médicaux Lyonnais*, 1964, 40, 799-808.
- LEVEUF et HEUYER. — L'intervention chirurgicale dans les formes graves de dysentérie. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1921, 11, 353-355.
- LUGAGNE (M<sup>me</sup>), née TEOUES (M. J.). — L'amœbome du côlon transverse. *Thèse Méd. Bordeaux*, 1955, n° 240.
- MAISON (E.). — Amibiase rectale pseudo-tumorale et nécrotique chez un diabétique. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1944, 33, 158-160.
- MARSDEN (C. M.). — Amoeboma or carcinoma of the hepatic colon. *J. Roy. Army. M. Corps.*, 1947, 88, 113-120.
- MARSDEN (C. M.). — Amoeboma or carcinoma of rectum ? *J. Roy. Army. M. Corps*, 1947, 88, 39-41.
- MARSY (A.). — Réflexions sur l'amœbome. A propos de 2 observations. *Thèse Méd. Lyon.*, 1962, n° 201.
- MATHIS (C.). — Considérations générales sur l'amibiase. *Le Congrès International de l'Amibiase, Chatel-Guyon*, 1950. *Maroc Méd.*, 1951, 30, 48.
- MEUNIER et DESTENAY. — Pseudo-néoplasme colique d'étiologie amibienne. *Maroc Méd.*, 1952, 31, 445-447.

- MOLINIER. — L'amibiase en France. Aspects cliniques, diagnostic et traitement. *Rev. Corps. Santé. Mil.*, 1948, 4, 191-228.
- MOLINIER, BENSUADE (A.) et TABUSSE. — Les lésions rectales de la dysentérie amibienne. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1949, 38, 331-337.
- MONTÉL (M. L.). — Adénopathies iliaques dans l'amibiase. (Etude clinique). *Bull. Soc. Path. Exot.*, 1933, 26, 187-192.
- MONTÉL (M. L.). — Amœbomes. Tuméfactions iléo-cæcales pseudo-tumorales et adénopathies iliaques d'origine amibienne. *Bull. Soc. Path. Exot.*, 1948, 41, 433-435.
- MONTÉL (M. L.). — Les amœbomes. Tuméfactions iléo-cæco-coliques pseudo-tumorales avec adénopathies mésentériques et iliaques dues à l'amibiase. *Méd. Trop.*, 1949, 9, 184-209.
- MONTÉL (G. H.) et MONTÉL (M. L.). — Un nouveau cas d'adénopathie iliaque d'origine probablement amibienne. *Bull. Soc. Path. Exot.*, 1924, 17, 629-630.
- MONTÉL (M. L.), TRAN VAN AN et DANG VAN CUONG. — Adénopathies iliaques primitives chez des Annamites de Cochinchine. Guérison par le chlorhydrate d'émétine. *Bull. Soc. Path. Exot.*, 1924, 17, 67-75.
- MORETTI (G.), BENELLI (Ch.) et STAEFFEN (J.). — Les amœbomes du côlon transverse. *Press. Méd.*, 1956, 64, 1694.
- MORGAN : Cité par Vossoughi et par Ferrara.
- MORICHAU-BEAUCHANT (J.). — Les causes d'insuccès et d'erreurs dans la recherche des amibes et kystes dysentériques. *Press. Méd.*, 1953, 61, 769-770.
- MOUTIER (F.). — Discussion sur la communication de Roux et Savignac. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1927, 17, 199-208.
- MOUTIER (F.). — Amibiase et cancer du côlon. *Le Congrès International de l'Amibiase*, Chatel-Guyon, 1950, *Maroc Méd.*, 1951, 30, 51.
- NICOLAS (J.). — Etude radiologique de l'amibiase intestinale chronique. *Thèse Méd. Lyon.*, 1953, n° 36.
- NUSHAN (H.) et MILLER (B.). — Ameboma of the transverse colon. *Ann. Int. Méd.*, 1952, 37, 372-379.
- OCHSNER (A.) et DE BAKEY (M.). — Surgical amebiasis. *Internat. Clin.*, 1942, 1, 68-99.
- PAPIN (F.). — Quelques cas de faux cancers coliques gauches. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1951, 40, 470-473.
- PARODI (L.). — L'amœbome, tumeur colique inflammatoire à caractères anatomiques propres. A propos de 4 observations. *Méd. Trop.*, 1958, 18, 755-780.
- PARMENTIER. — Discussion sur la communication de Roux et Savignac. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1927, 17, 199-208.
- PARTURIER (G.). — Contribution à l'étude des tumeurs cæcales. Deux cas de tumeurs cæcales syphilitiques. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1927, 17, 302-307.

- PATEL (J.), VIGUIE (R.) et LATASTE (J.). — Tumeurs amibiennes du cæcum, les éléments de leur diagnostic. *Press. Méd.*, 1956, 64, 1181-1184.
- PERRY (M.W.). — Amebic granuloma of the rectum. *J.A.M.A.*, 1952, 148, 369-370.
- PIERY (M.). — Histoire de la tuberculose du tube digestif. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1927, 17, 241-262.
- PLOYE (M.). — Considérations chirurgicales sur l'amibiase iléo-cæcale. *Bull. Soc. Path. Exot.*, 1951, 44, 625-631.
- PROUST (R.). — Aspects radiologiques de la colite amibienne d'après Speder. *Méd. Trop.*, 1943, 3, 304-315.
- RACHET (J.). — A propos de quelques formes anormales de l'amibiase intestinale. *Paris Médical*, 1929, 71, 341-346.
- RACHET (J.). — Les hémorragies d'origine ano-rectale. Diagnostic et traitement. *Revue de Médecine*, 1932, 49, 1-37.
- RACHET (J.). — Hémorragie intestinale révélatrice d'une poussée aiguë d'amibiase jusque là complètement latente. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1927, 17, 552-557.
- RACHET (J.), BUISSON (A.), ARNOUS-JOURDE (J.). — Tumeur inflammatoire amibienne simulant un cancer du côlon transverse. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1948, 37, 631-632.
- RADKE (R. A.). — Amebiasis : some futures of the disease revealed by the study of autopsy material from 96 cases. *Gastroenterology*, 1952, 21, 525-534.
- RADKE (R. A.). — Ameboma of the intestine : an analysis of the disease as presented in 78 collected and 41 previously unreported cases. *Ann. of Int. Med.*, 1955, 43, 1048-1066.
- RAFFAELE (L.). — Contribution au diagnostic microbiologique de la dysenterie amibienne. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1921, 11, 432-433.
- READ (W. A.) et NUSHAN (H.). — Amebic granuloma (ameboma), simulating carcinoma. *Gastroenterology*, 1950, 15, 771-779.
- REDDY (D. G.) et RANGAM (C. M.). — Amebic granuloma (ameboma) of the large intestine. *Indian M. Gaz.*, 1946, 81, 463-466.
- REED (A. C.) et ANDERSON (H. H.). — Amebiasis and cancer of colon. *Am. J. M. Sc.*, 1936, 191, 237-250.
- RIET (G.). — Problème des amébomes. *Thèse Méd. Paris* 1950, n° 853 (dactylo).
- ROBERT (H. G.) et VAYRE (P.). — Les tumeurs inflammatoires non spécifiques du côlon droit. *Ann. Chir.*, 1961, 15, 1309-1318.
- ROSENSTIEL (R.). — Le Congrès international de l'amibiase, Chatel-Guyon, 1950, *Maroc Méd.*, 1951, 30, 48-52.
- ROUX (J. C.) et SAVIGNAC (R.). — Dysenterie amibienne et cancer du rectum. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1927, 17, 199-208.
- RUNGS (H.). — Rectoscopie de l'amibiase chronique. (Son intérêt pour l'étiologie, le diagnostic et le traitement). *Maroc Méd.*, 1963, 42, 41-46.

- SAMBUC (E.) et ROUVIER (A.). — Abcès précæcal d'origine dysentérique simulant une appendicite supprimée. *Bull. Soc. Méd. Chir. de l'Indochine*, 1914, 5, 15-17.
- SAMUEL (E.). — The radiological diagnosis of the chronic amebic colitis. *Brit. J. Radiol.*, 1948, 21, 625-631.
- SAMUEL (E.), SHEDROW (A.) et BEEMER (A. M.). — L'infection secondaire des colites amibiennes chroniques. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1949, 38, 693-710.
- SANKALE (M.). — Le traitement médical de l'amibiase. *Rev. Prat.*, 1963, 13, 2953-2961.
- SANTY (P.) et MORENAS. — Cancérisation et sténose pseudo-cancéreuse dans l'amibiase chronique. *Lyon Chirurgical*, 1939, 36, 452-458.
- SARROUY (Ch.) et RAFFI (A.). — Etude clinique et traitement de l'amibiase du nourrisson. *Rev. Prat.*, 1960, 10, 3277-3287.
- SCHEIKEVITCH (V.). — Constipation et amibiase intestinale. *Maroc Méd.*, 1951, 30, 93-97.
- SCHNEIDER (J.). — Essai de classification des manifestations cliniques de l'amibiase en fonction de l'origine de contamination des 2 111 malades observés à Paris de 1948 à 1960. *Bull. Soc. Path. Exot.*, 1960, 53, 671-690.
- SCHNEIDER (J.). — Les maladies tropicales dans la pratique médicale courante. *Masson et C<sup>ie</sup>, Paris*, 1962, 27-42.
- SECRET (E.). — Tentative d'intradermo-réaction dans le diagnostic de l'amibiase. *Maroc Méd.*, 1952, 31, 436-437.
- SERAFINO (X.), NOSNY (P.) et COURBIL (J.). — Maladie amibienne et chirurgie. *Rev. Prat.*, 1963, 13, 2873-2879.
- SERAFINO (X.), NOSNY (P.) et DIOUF (B.). — Tumeurs et fausses tumeurs chez les amibiens. *Rev. Prat.*, 1963, 13, 2903-2914.
- SERAFINO (X.), NOSNY (P.) et POUYE (Y.). — Aspects chirurgicaux de l'amibiase colique et paracolique (amœbomes exclus). *Rev. Prat.*, 1963, 13, 2895-2902.
- SERAFINO (X.), NOSNY (P.) et SANKALE (M.). — L'amibiase colique suraiguë maligne. *Rev. Prat.*, 1963, 13, 2881-2894.
- SERAFINO (X.), PENE (P.), NOSNY (P.) et DIOP (A.). — Les abcès du foie en pays d'endémie amibienne. *Rev. Prat.*, 1963, 13, 2923-2939.
- SIGUIER (F.), PIETTE (M.) et CROSNIER (J.). — Etude expérimentale comparative de la conessine et de l'émétine. *Méd. Trop.*, 1949, 9, 99-109.
- SIGUIER (F.), PIETTE, CHOUBRAC et CROSNIER. — La place de la thérapeutique par la conessine dans le traitement de l'amibiase. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1949, 38, 253-255.
- SIGUIER (F.), SARRAZIN (A.) et CROSNIER (J.). — A propos des amibiases hépatiques actuellement observées dans la région parisienne. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1949, 38, 1033-1034.
- SILVERMAN (D. N.) et LESLIE (A.). — Intestinal tumors of dysenteric origin. *J.A.M.A.*, 1947, 133, 994-998.
- SIMON (G.). — Contribution à l'étude des rétrécissements du rectum d'origine amibienne. *Thèse Méd. Lyon*, 1956.

- SORG (D.). — Amibiase intestinale. Formes atypiques. (A propos de deux observations). *Thèse Méd. Paris*, 1959.
- SPEDEE (E.). — Importance de l'Examen Radiologique pour le dépistage et l'étude de l'Amibiase. *Maroc Méd.*, 1936, 16, 419-436, et 16, 455-471.
- SPICKNALL (C. G.) et PIERCE (E. C.). — Amebic granuloma : report of 4 cases and review of the literature. *New England J. Med.*, 1954, 250, 1055-1062.
- STEMPIEN (S. J.) et WILKINS (F. B.). — Amebiasis of the colon simulating obstructing carcinoma. *Gastroenterology*, 1950, 16, 598-601.
- TIMBAL et AURIOL. — Un nouveau cas de pseudo-cancer rectosigmoïdien d'origine amibienne. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1937, 27, 989-990.
- TINGAUD et CABANIE (H.). — Sur deux cas de tumeurs cœcales d'origine amibienne. *Bordeaux Chirurgical*, 1950, 1, 46-48.
- UZAC et TIMBAL (L.). — Pseudo-cancer rectosigmoïdien d'origine amibienne. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1937, 27, 986-988.
- VACHON (A.), BADON (A.) et BEAUPERE (A.). — Pseudo-cancer rectal d'origine amibienne. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1952, 41, 1249-1251.
- VACHON (A.), BADON (A.) et BEAUPERE (A.). — Amibiase rectale à forme tumorale. *Lyon Médical*, 1952, 186, 221-223.
- VACHON (A.) et DISSARD (P.). — Les tumeurs inflammatoires rectosigmoïdiennes d'origine amibienne. *Revue Lyonnaise de Médecine*, 1955, 4, 1-8.
- VALLARINO (J. J.). — Preliminary report on the value of the Roentgen ray in estimating the extent of amebic infection of the large intestine. *Am. J. Trop. Med. Balt.*, 1925, 5, 149-156.
- VAN DER GHINST (M.) et GELIN (A.). — Les granulomes aspécifiques (tumeurs inflammatoires) du côlon. *Acta Chir. Belg.*, 1954, 53, 273-284.
- VIGNERON (P.). — Radiologie des Tumeurs inflammatoires du côlon. *Thèse Méd. Paris*, 1946, n° 599.
- VIGUIE (R.) et EUDEL (F.). — Forme cœcale de la maladie de Crohn. *Arch. Mal. App. Dig.*, 1955, 44, 598-606.
- VOSSOUGH (D.). — Amibiase intestinale pseudo-néoplasique. *Thèse Méd. Paris*, 1946, n° 750.
- YEOMANS (F. C.). — Amebic granuloma simulating carcinoma of colon and rectum. *Am. J. Surg.*, 1936, 31, 365.

## TABLE DES MATIERES

|                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION .....                                                                            | 13 |
| CHAPITRE PREMIER. — <i>Historique</i> .....                                                   | 15 |
| CHAPITRE II. — <i>Observations</i> .....                                                      | 19 |
| I. Notre observation .....                                                                    | 19 |
| II. Les 58 observations d'amœbome cæcal tirées de la littérature<br>de langue française ..... | 33 |
| CHAPITRE III. — <i>Généralités</i> .....                                                      | 57 |
| I. Définition .....                                                                           | 57 |
| II. Race .....                                                                                | 57 |
| III. Age et sexe .....                                                                        | 59 |
| IV. Fréquence .....                                                                           | 60 |
| V. Localisations .....                                                                        | 61 |
| VI. Nombre d'amœbomes .....                                                                   | 63 |
| VII. Physiopathogénie de l'amœbome .....                                                      | 64 |
| CHAPITRE IV. — <i>Anatomie pathologie</i> .....                                               | 67 |
| I. Caractères macroscopiques .....                                                            | 67 |
| II. Caractères microscopiques .....                                                           | 68 |
| III. Spécificité de ces tumeurs .....                                                         | 69 |
| CHAPITRE V. — <i>Etude clinique</i> .....                                                     | 71 |
| A) Les conditions d'apparition .....                                                          | 71 |
| B) La symptomatologie .....                                                                   | 72 |
| I. Les troubles digestifs .....                                                               | 72 |
| II. Les troubles de l'état général .....                                                      | 74 |
| III. Les troubles neuro-végétatifs .....                                                      | 76 |
| C) L'examen chez l'amibien .....                                                              | 76 |
| I. Le syndrome tumoral .....                                                                  | 77 |
| II. La radiographie .....                                                                     | 78 |
| III. La rectoscopie .....                                                                     | 80 |
| IV. Les examens de laboratoire .....                                                          | 80 |

|                                                                             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|
| D) Les formes cliniques .....                                               | 82  |
| I. Les formes trompeuses .....                                              | 82  |
| II. Les formes intriquées .....                                             | 84  |
| III. Les formes associées .....                                             | 85  |
| CHAPITRE VI. — <i>Evolution clinique, radiologique et complications</i> ... | 87  |
| A) L'évolution sous traitement émétinien .....                              | 87  |
| B) L'évolution de l'amœbome non traité par l'Emétine .....                  | 88  |
| I. Les complications mécaniques .....                                       | 89  |
| II. Les complications infectieuses .....                                    | 90  |
| C) La dégénérescence maligne de l'amœbome cæcal .....                       | 92  |
| CHAPITRE VII. — <i>Diagnostic</i> .....                                     | 95  |
| A) Diagnostic positif .....                                                 | 95  |
| I. Les anamnestiques .....                                                  | 96  |
| II. La radiographie .....                                                   | 97  |
| III. La rectoscopie .....                                                   | 98  |
| IV. Les examens de laboratoire .....                                        | 99  |
| V. L'évolution favorable sous le traitement émétinien .....                 | 100 |
| B) Diagnostic différentiel .....                                            | 100 |
| I. Le cancer .....                                                          | 101 |
| II. L'appendicite pseudo-tumorale .....                                     | 104 |
| III. La tuberculose cæcale à forme hypertrophique .....                     | 105 |
| IV. Les autres affections rares ou exceptionnelles du cæcum .....           | 106 |
| 1° Les granulomes inflammatoires spécifiques .....                          | 106 |
| 2° Les granulomes inflammatoires non spécifiques .....                      | 107 |
| CHAPITRE VIII. — <i>Thérapeutique</i> .....                                 | 109 |
| CONCLUSIONS .....                                                           | 111 |
| BIBLIOGRAPHIE .....                                                         | 113 |



